

L'UNION MÉDICALE

Quatrième Série — Tome II — 1896

[illegible]

51e ANNÉE

L'UNION MÉDICALE

DIRECTEURS :

Partie Chirurgicale

L.-G. RICHELOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Partie Médicale

H. RICHARDIÈRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

RÉDACTEUR EN CHEF :

EUGÈNE ROCHARD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Quatrième Série — Tome II — 1896

PARIS

OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1896

N° 1. L'UNION MÉDICALE 4 Janvier 1896.

SOMMAIRE

Formation de l'Acide urique dans l'organisme

ET

TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE

DE

LA LITHIASE URIQUE

La lithiase rénale peut, cliniquement, se diviser en lithiase acide et lithiase alcaline (Dujardin-Beaumetz).

Lorsque l'urine est acide, c'est à la première classe que l'on a affaire, et l'on doit alors rechercher s'il s'agit de la lithiase urique ou de la lithiase oxalique.

Lorsque l'urine est alcaline, il s'agit soit de la lithiase calcaire, soit de la lithiase ammoniacale, l'acide phosphorique étant toujours combiné avec la base.

Les gravelles cystique et xanthique, absolument exceptionnelles du reste, rentrent dans les lithiases acides.

Les lithiases urique et oxalique ont une pathogénie et un traitement différents, tandis que si la pathogénie des lithiases calcaire et ammoniacale diffère, leur traitement est à peu près le même. Aujourd'hui, nous ne nous occuperons que de la lithiase urique.

I

L'acide urique dérive certainement des matières albuminoïdes, et beaucoup soutiennent encore, avec Liebig, qu'il est le produit de la combustion incomplète de ces matières, et que, par conséquent, on peut rattacher sa production à un ralentissement de la nutrition. D'autres, au contraire, admettent qu'il résulte de la combustion exagérée des matières protéiques. Il nous parait donc utile, en présence de ces opinions contradictoires, de résumer rapidement ce que nous savons du rôle de l'acide urique dans la chimie de la nutrition. Aussi bien, plusieurs des propriétés chimiques de ce corps sont-elles intéressantes à connaître pour le clinicien.

La quantité d'acide urique sécrété par l'homme dans les vingt-quatre heures varie beaucoup : de $0^{gr},2$ à 2 gr., et plus. C'est avec l'alimentation exclusivement végétale que le chiffre est le plus bas, avec l'alimentation exclusivement animale qu'il est le plus élevé.

L'acide urique ($C^5H^4Az^4O^3$) fait, avec les alcalis, des sels par substitution d'un ou deux atomes de sodium, par exemple, à un ou deux atomes d'hydrogène. Dans le premier cas, on a l'urate acide de soude ($C^5H^3NaAz^4O^3$) ; dans le second, l'urate neutre, qui n'existe probablement pas dans l'organisme (Bunge).

FEUILLETON

Compte de Noël.

Tués à l'ennemi : 7; blessés au feu : 94; morts de maladie : 6,000 (six mille); malades : 15,000 (quinze mille); tel est, d'après un témoin oculaire des principales phases de la campagne de Madagascar, le bilan de cette désormais légendaire expédition, qui peut rivaliser avec celle de Saint-Domingue, en 1802. A cette époque, l'armée du général Leclerc qui comptait, au départ de Brest, un effectif de 60,000 hommes fut presque annéantie, par la fièvre jaune, dès son embarquement aux Antilles. En quatre mois, elle avait perdu 50,000 soldats, enlevés par le typhus amaril. Sur les 10,000 épargnés, 300 seulement revirent la France, où ils rentrèrent en 1809, sept ans après.

Depuis cet épouvantable désastre, il n'est pas un seul autre exemple, dans ce siècle, d'une catastrophe pareille à celle de Madagascar. Et si de l'énoncé brutal des chiffres on passe à l'examen des conditions dans lesquelles les deux campagnes ont eu lieu, à la recherche des responsabilités engagées et des fautes commises, il faut reconnaître que l'on fut, en 1802, plus malheureux que coupable; en 1895, au contraire, plus coupable que malheureux. Le ministre de la Guerre a dû le reconnaître lui-même, à la tribune, et avouer que les pertes ont été dues surtout « à ce que les hommes de troupe ont été employés au déchargement des chalands, à la construction de la route, et aussi dans une large mesure aux conditions dans lesquelles les malades ont été ramenés d'Andriba, à l'origine de la navigation fluviale ». Cet aveu a, sans doute, beaucoup coûté à un homme qui demandait jadis la suppression des médecins militaires, car c'était reconnaître que l'effroyable résultat n'avait d'autre cause que le mépris dans lequel on avait tenu les avis et les conseils du corps de santé. On peut être sûr, d'ailleurs, qu'on ne laissera pas échapper la première occasion qui se présentera de retomber dans les mêmes erreurs. Elles n'ont point été fortuites; en effet, nous ne manquions pas d'expérience; les exemples ne nous faisaient pas défaut; nous avions d'un côté, le Mexique, le

A la température du corps, d'après les recherches de Bunge, il faut 7 à 8 litres d'eau pour dissoudre 1 gr. d'acide urique. La quantité normale de l'urine étant environ de 1,500 centimètres cubes en vingt-quatre heures, il est évident que lorsqu'il s'y trouve 2 gr. d'acide urique, cet oxyde n'y est pas à l'état libre. D'autre part, le liquide étant abandonné à la température de la chambre, les cristaux y apparaissent au fur et à mesure qu'il se refroidit, et ils sont formés d'acide urique libre. Comment expliquer ce fait? Les choses se passeraient de la manière suivante : L'urine renferme de l'urate acide de soude et du phosphate acide de soude, et la sécrétion est acide. Lorsqu'elle se refroidit, l'acide phosphorique s'unit avec le sodium de l'urate pour former une combinaison alcaline, et l'acide urique, devenu libre, étant fort peu soluble, se dépose.

Mais on voit aussi l'acide urique se précipiter d'urines très acides. « Il est possible, dit Bunge, que, sous l'action des ferments, des acides se séparent de combinaisons neutres, ou que des acides bibasiques prennent naissance par le dédoublement d'acides monobasiques. Ce procédé pourrait parfois se produire déjà dans les voies urinaires et provoquer la séparation de l'acide urique. » Il est certain que l'acide urique se dépose d'autant plus facilement des urines que celles-ci sont plus acides. La plupart des chimistes attribuent l'hyperacidité à la présence de phosphates acides qui prennent aux urates basiques un ou deux équivalents de base, d'où mise en liberté d'acide urique ou, au moins, formation d'urates acides. Maintenant, d'où provient cette élémination exagérée de phosphates? C'est ce que les chimistes n'ont pu encore nous dire.

Le plus souvent, quand l'urine est faiblement alcaline ou acide, ce qui se dépose, c'est de l'urate acide de soude, beaucoup moins soluble que l'urate acide de potasse et surtout que les urates neutres.

Tout ce que nous venons de dire montre que l'apparition de sédiments uratiques dans l'urine ne doit pas faire conclure de suite à l'augmentation de la quantité d'acide éliminé, puisque l'acidité plus ou moins grande, la quantité d'eau excrétée, ont aussi une grande influence sur la production des dépôts.

Enfin, tout l'acide urique n'est pas dissous à l'état de sel dans l'urine, l'addition d'acide chlorhydrique à cette dernière pouvant parfois ne pas réussir à la précipiter, bien qu'il y existe en quantité notable (Salkowski, Maly).

Quel est le lieu de formation de l'acide urique ? La réponse à cette question nous a été donnée par les travaux de Schroder et Minkowsky. Schroder a montré : que lorsque l'on a extirpé ou éliminé fonctionnellement les reins, l'acide urique continue à se former; — que si l'on fait traverser un foie, que l'on vient d'enlever à un animal, par un courant de sang, ce sang se charge d'acide urique. Minkowski a pu encore tenir vivantes, pendant dix et vingt heures, des oies auxquelles il avait enlevé le foie; il a vu la proportion d'acide urique s'abaisser à 2 ou 3 % dans l'urine après l'opération, tandis qu'elle était auparavant de 50 à 60 ; en même temps, l'ammoniaque et l'acide lactique etaient très augmentés.

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion des résultats obtenus par Minkowski. La plupart des physiologistes admettent que l'acide urique se forme normalement dans le foie par la synthèse de l'ammoniaque et de l'acide lactique, provenant tous deux de la désassimilation des albuminoïdes.

Quelles sont les maladies qui s'accompagnent d'une exagération de la quantité d'acide urique excrétée? Cette augmentation est très nette dans la

---

Dahomey, la première affaire de Madagascar, en 1884-1885, où la morbidité de nos troupes avait atteint 56 %, 59 % et 90 %; nous avions, de l'autre, la guerre des Ashantis, en 1873, où la morbidité des soldats anglais européens n'atteignit pas 18 %.

Ce dernier chiffre, notre ministère de la Guerre se berça, au début, de la douce illusion que nous n'y arriverions même pas. On avait tablé sur une proportion de 12 % de morbidité et les prévisions avaient été calculées d'après cette moyenne, pour les approvisionnements et l'organisation des hôpitaux. Mais il est plus facile de faire des prédictions optimistes que d'assurer les moyens de les réaliser. Se croire omniscient est une chose sans doute fort agréable et qui flatte la vanité, mais cela ne donne pas toute science, pas plus que d'avoir des plumes à son chapeau, les plumes fussent-elles blanches et le chapeau doré. On s'en aperçoit tristement aujourd'hui; ce n'est pas, hélas, pour la première fois, d'où la crainte légitime que ce ne soit pas encore pour la dernière.

La leçon a été si dure, cependant, et la peur si intense, qu'un faible espoir d'assagissement peut s'exprimer. Songez donc que sans la brigade de marine et les tirailleurs noirs, nous n'allions pas à Tananarive ! Ce honteux échec, que les plus pessimistes n'auraient pas cru possible, nous avons été à deux doigts de le subir; et si quelque chose peut surprendre, quand on sait ce qui s'est passé, c'est qu'on l'ait évité.

Le Dr J. Lémure, dans un travail sobre, concis et frappant comme une page de statistique (1), a fait toucher du doigt le danger couru, au devant duquel on semblait aller de gaîté de cœur et avec une incroyable insouciance, des l'arrivée des premiers transports. Les tirailleurs algériens, par exemple, devaient trouver, à leur débarquement, les cantonnements que les troupes de la marine avaient préparés pour l'avant-garde pendant le mois de février. Mais le général Metzinger avait jugé que « les soldats algériens étaient habitués à vivre sous la tente, et qu'à Madagascar ils feraient de même ». Or, dès la première nuit — on était en plein hivernage — les tentes

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* décembre 1896.

leucocythémie. Dans un cas, Schultzen a trouvé que l'urine des vingt-quatre heures renfermait 4gr,5 d'acide urique libre et 1gr,45 d'urate d'ammoniaque. Fleischer et Penzoldt ont donné à un homme sain et à un leucocythémique exactement la même nourriture : il y eut la même quantité d'urée excrétée, mais le leucocythémique rendait par jour 1gr,29 d'acide urique, et l'homme sain 0gr,66. On a attribué à l'état pathologique de la rate, dans la leucocythémie, cette augmentation dans la quantité d'acide urique éliminée. Il est plus rationnel d'admettre, avec Horbaczewski, que l'acide urique dérive principalement de la nucléine des globules blancs.

La quantité d'acide urique contenue dans l'urine des goutteux peut, d'après Lécorché, s'élever à 1gr,50, 2 gr., le chiffre de l'urée atteignant de 35 à 45 gr. par jour. Pendant la période prémonitoire d'une attaque, les quantités de ces corps diminuent et s'abaissent au-dessous de la normale pour remonter et la dépasser au cours de l'accès. Pfeiffer est arrivé à des résultats opposés et soutient que, sauf au moment des crises, les quantités d'urée et d'acide urique sont abaissées. Le même auteur a fait voir que, chez le goutteux, l'acide urique peut se trouver sous une forme spéciale. Il fait passer 100 centimètres cubes d'urine, par exemple, à travers un filtre, sur lequel il a placé 50 centigrammes d'acide urique cristallisé. S'il s'agit d'urine normale, une certaine proportion d'acide urique du filtre est dissoute ; s'il s'agit d'urine goutteuse, la quantité d'acide urique du filtre *augmente*. Il serait, dans ce dernier cas, faiblement combiné. D'autre part, ce qui rend la question encore plus complexe, c'est que l'urine renferme peut-être des substances qui diminuent la solubilité de l'acide urique. Mendelsohn dissout de l'acide urique à l'aide de la pipérazine ou de la lysidine, puis ajoute une certaine quantité d'urine à la solution : de l'acide urique se précipite.

On sait que, d'après Garrod et Lécorché, il y aurait toujours excès d'acide urique dans le sang des goutteux.

Ce que Gautrelet a appelé diathèse par hyperacidité organique, comprend la goutte, la lithiase rénale, le rhumatisme, le diabète hépatique, etc., etc., c'est-à-dire se rattache par certains points à l'arthritisme, tel qu'il est généralement compris ; cependant, cet auteur a noté, dans ces cas, l'abaissement au-dessous de la normale de la quantité d'acide urique, toutes les fois que des complications hépatiques n'existent pas simultanément.

Dans la cirrhose veineuse du foie, les sédiments uratiques sont fréquents dans l'urine, aussi a-t-on dit volontiers qu'il y avait augmentation de l'élimination de l'acide urique. D'après les recherches récentes de Fortitzky, il y aurait, en réalité, de grandes variations dans les chiffres quotidiens de l'urée et de l'acide urique éliminés : ce dernier oscillerait entre un minimum de 0gr,50 et un maximum de 2 gr.

L'augmentation de l'acide urique éliminé a été notée dans toutes les maladies où l'hématose se fait mal : emphysème pulmonaire, affections cardiaques, l'asphyxie en général, et surtout l'intoxication par l'oxyde de carbone. Maintenant, cette augmentation est-elle bien réelle ? Pour Bunge, toutes ces observations seraient inexactes. Senator n'a jamais trouvé la quantité de l'acide urique augmentée, après avoir troublé artificiellement les échanges respiratoires chez le chat, le chien ou le lapin. Cependant, ces faits ont été invoqués en faveur de la théorie qui attribue l'augmentation de l'acide urique à une oxydation incomplète.

Dans beaucoup de maladies fébriles, dans la pneu-

---

furent enlevées par le vent et les turcos mouillés jusqu'aux os. Moins de quinze jours après, la moitié du bataillon était indisponible. La 11e compagnie du génie, qui construisit un pont à quatre kilomètres de Majunga, n'avait, le 25 mai, que 7 hommes disponibles sur 150. Lorsqu'on employa la 15e batterie du 38e d'artillerie à faire la route, elle eut, en deux jours, sur un effectif de 136 hommes, 45 indisponibles. La section d'ouvriers d'artillerie compta, en deux mois, 45 malades sur 65 hommes. La fonte des effectifs était telle qu'il fallait, le 2 avril, arrêter la marche sur Maroway. Les souffrances de ces marches s'imaginent difficilement ; un fait navrant permet cependant de comprendre combien elles furent cruelles : un artilleur, épuisé de fatigue, se suicida sur la route de Mavarana.

Ne croit-on pas rêver en lisant que le 1er bataillon du 200e de ligne, dont le colonel était mort trente-quatre jours après son arrivée, ne possédait plus, à la fin de juillet, que 48 hommes valides sur 800, et 12 seulement à la fin de septembre ? A la même époque, ce qu'il restait des chasseurs à pied était, presque en totalité, dans les hôpitaux et les ambulances.

Aux chasseurs d'Afrique, il y eut un moment où on n'avait plus assez d'hommes pour panser les chevaux ! Déjà, en effet, plus de 3,000 convalescents avaient été rapatriés, et il y avait, officiellement, plus de 7,000 malades dans les hôpitaux. Et ce chiffre était notablement inférieur à la réalité, si l'on en croit ce que raconte le Dr Jean Lémure :

« Il y avait, dit-il, des malades partout, et beaucoup « passaient inaperçus. Ceux qui ne pouvaient entrer à « l'hôpital, faute de places, étaient déposés sous des man- « guiers et dans des cases isolées où les décès se produi- « saient en grand nombre. Il arrivait parfois, au cours « d'une promenade, que l'attention d'un officier était atti- « rée par une odeur nauséabonde s'exhalant de quelque « coin de la brousse : c'était un cadavre en décomposition, « à moitié dévoré par les fourmis, les chiens sauvages et « les oiseaux de proie. Que de morts resteront inconnus ! « Quand nous lisions les bulletins sanitaires envoyés en « France, nous restions stupéfaits ; et cependant la pro- « gression de la mortalité a été telle qu'il n'y avait aucune « illusion à se faire. »

monie, on a encore dit que l'acide urique était augmenté. Mais, d'une part, un fiévreux est dans la situation d'un homme se nourrissant de viande, et, d'autre part, la quantité des urines est souvent très abaissée dans les maladies fébriles.

La dyspepsie hyperchlorhydrique s'accompagne d'hyperacidité des urines et d'augmentation probable de la quantité d'acide urique éliminé. Mais cette hyperchlorhydrie est-elle une manifestation de la diathèse acide, de l'arthritisme, comme le veulent Bouchard et Le Gendre; ou, au contraire, est-elle la cause du trouble de la nutrition, comme l'a dit Hayem et comme semble parfois l'indiquer la clinique, les graveleux étant souvent des dyspeptiques d'ancienne date (Gaucher et Gallois)? On peut encore dire qu'une dyspepsie qui crée un état diathésique accidentel, en permettant la pénétration dans l'organisme de produits viciés, n'a une action pathogénique que si les urines ne sont pas assez abondantes pour éliminer tout l'acide urique formé.

Enfin, que se passe-t-il dans la lithiase urique? Le plus souvent la quantité d'acide urique dans l'urine est augmentée, parfois même il y a uricémie, mais d'autres fois les concrétions uratiques se forment dans des urines où l'acide n'est pas en excès. L'uricémie n'est donc pas tout dans la lithiase. En effet, et cela nous ramène comme l'étude des affinités pathologiques, que nous ne pouvons faire ici, aux relations avec l'arthritisme, l'hyperacidité de l'urine, si fréquente chez les graveleux, a une grande influence sur le dépôt de l'acide urique.

En résumé, l'hyperacidité et l'excès d'acide urique sont, en y joignant la concentration des urines, les grands facteurs de la lithiase rouge (Dreyfus-Brisac).

Ni les expériences des physiologistes et des chimistes, ni les constatations de la clinique, ne nous ont permis d'arriver à répondre à la question que nous nous sommes posée au début : quelle est la cause de l'uricémie? Nous pourrions même ajouter, maintenant que nous savons l'importance de l'hyperacidité de l'urine dans le dépôt de l'acide urique, qu'il nous est impossible d'expliquer quelle est la cause de l'hyperacidité urinaire? « On est forcé, dit notre maître, M. Dreyfus-Brisac, de s'en tenir à une formule peu précise, mais néanmoins suggestive au point de vue thérapeutique : L'uricémie relève d'un état dyscrasique, soit constitutionnel (diathèse arthritique), soit accidentel, qui se traduit par une élaboration défectueuse des principes albuminoïdes. »

II

L'examen des causes qui, dans la vie habituelle, font varier l'élimination de l'acide urique nous servira à tracer les règles qui doivent guider le lithiasique dans l'établissement de son régime.

L'alimentation a la plus grande influence sur la quantité d'acide urique éliminée. Cette quantité, nous l'avons déjà dit, augmente avec le régime carné, diminue avec le régime végétal.

Haig, en adoptant le régime végétal au lieu du régime mixte, a vu le chiffre de l'acide urique s'abaisser de 0,90 à 0,54. Avec une alimentation azotée, Lehmann excrétait 1,47 d'acide urique, 1,18 avec une alimentation mixte, et 1,02 avec une alimentation végétale; avec un régime non azoté, ou à peine azoté, où n'entraient que le lait, la graisse, le sucre et l'amidon, la proportion d'acide urique s'abaissa à 0,735. D'après Garrod, ces expériences permettraient de dire que, en estimant à 1 la quantité d'acide urique dans un régime mixte, une nourriture animale l'élève à 1,23, une nourriture végétale le faisant descendre à 0,863 et une nourriture non azotée à

N'est-ce pas qu'on ne peut lire ces lignes sans se sentir le cœur serré, non seulement de profonde pitié, mais de sourde colère, et qu'il y a lieu d'éprouver quelque surprise à voir que le ministre n'ait point trouvé là de responsabilités personnelles engagées? Tout cela est pourtant autrement cruel que la perte de quelque argent, l'avarie de quelques fournitures ou l'excès de complaisance apporté à leur réception, et c'est, pour le pays, un dommage d'une bien autre importance. L'avait-on assez dit et crié à haute voix, que tout Européen qui fouille la terre sous la zone malarienne, y creuse sa tombe? Se pouvait-il que quelqu'un ignorât cette vérité? Malgré cela une armée de combattants a été transformée en une armée de terrassiers sans que personne fut responsable de cette transformation meurtrière.

Les résultats qu'elle a amenés sautent aux yeux avec une lugubre évidence. Il mourait, à Madagascar, un homme par jour au mois de mars, deux en avril, huit en juin, douze en juillet, quarante en août, quarante-cinq en septembre. La mortalité calculée d'après ces moyennes, se serait élevée pour ces huit mois, au chiffre effrayant de 6,240 décès. Encore est-on là, plutôt au-dessous de la vérité, car le chiffre de 40 était atteint dès le 3 août, pour les seules morts survenues entre Majunga et Suberbieville, sans tenir compte de celles de l'avant. Ajoutons-y les 500 hommes jetés » la mer au cours du rapatriement, et le nombre, à peu de chose près, égal de ceux qu'on y jettera encore, sur les transports qui vont revenir, puis comparons ces hécatombes aux belles assurances que le ministre formulait, il y a quelques mois, à la tribune : « L'état sanitaire est bon... la proportion de malades et d'indisponibles pour toute cause, est de 10 % de l'effectif..., les indisponibles ayant atteint 27 % en France, et 17 % en Algérie, pour le mois de février. »

La seule mesure qu'on puisse louer le commandement d'avoir prise envers et contre toutes les criailleries du public et de la presse, est celle du rapatriement direct des malades. Si élevée qu'ait été la proportion des décès sur les paquebots, elle était encore plus élevée dans les hôpitaux de l'île. Malheureusement, cette mesure excellente en soi, on l'a mal appliquée. Au lieu d'employer à ramener nos malheureux soldats, les magnifiques transports que

0,63. Le même auteur a insisté sur ce fait que l'alimentation plus ou moins animale a beaucoup moins d'influence sur la quantité d'acide urique de l'urine que sur celle de l'urée ; la quantité de cette dernière, éliminée avec le régime animal (Lehman), est, en effet, de 87,44, tandis qu'elle est de 22,481 avec le régime végétal, et de 15,408 avec le régime non azoté. En fait, ce seraient seulement les grandes quantités de substances animales qui influenceraient l'élimination de l'acide urique.

Les ingesta azotés ont encore pour effet d'augmenter l'acidité des urines, probablement parce que (Solkowsky) il y a dans la viande trop peu d'alcalis pour pouvoir neutraliser les acides qui résultent de la décomposition des corps albuminoïdes.

Se basant sur ces considérations, la plupart des médecins, en France, recommandent aux malades atteints de lithiase urique de ne manger qu'une quantité modérée de viande, en rejetant les viandes noires, le gibier, les crustacés. Il faut cependant, comme dans la goutte, ne pas pousser à l'extrême la proscription des aliments azotés, afin d'éviter l'affaiblissement du malade.

Récemment, Pfeiffer, Salkowski, Dapper, Granville, ont soutenu que l'on pouvait permettre, dans la lithiase urique, une alimentation riche en viande. Les auteurs admettent que le régime carné absolu, après avoir exagéré pendant quelques jours la proportion d'acide urique excrétée, l'abaisse ensuite, l'urée, au contraire, augmentant. D'autre part, l'acide urique provenant des nucléines, il serait utile de fournir à l'organisme une proportion considérable d'aliments azotés pour réparer les pertes. Ces opinions, en contradiction avec les données généralement admises, n'ont pas encore suffisamment subi le contrôle de l'expérience.

D'une façon générale, il faut recommander les aliments végétaux : légumes verts cuits, salades peu assaisonnées, pommes de terre, artichauts, choux, carottes, féculents divers, pourvu que les malades les digèrent facilement. On devra défendre l'oseille à cause de sa richesse en acide oxalique, l'oxalurie coïncidant facilement avec la lithiase urique ou lui succédant souvent.

Une alimentation presque exclusivement végétale conduirait au même résultat et aurait, de plus, pour effet d'exposer à la précipitation des sels calcaires. « Le médecin, comme le recommande M. Dreyfus-Brisac, devra toujours tenir compte de l'état des forces et des fonctions digestives chez son malade, et aussi se tenir prêt à modifier ses prescriptions pour peu que les urines soient trop influencées dans leurs caractères chimiques et physiques par une diète rigoureuse. »

Les fruits, surtout les fraises, le raisin, n'offriront pas d'inconvénients. Du reste, les cerises, les pommes, les poires, etc., diminuent l'acidité de l'urine et même la rendent souvent alcaline.

Le sucre diminue plutôt l'excrétion de l'acide urique ; il n'accroît pas l'acidité de l'urine (W. Roberts, A. Garrod).

Les graisses ne semblent pas influencer l'excrétion de l'acide urique (Becker), et Ebstein les recommande.

Dans la lithiase urique, la meilleure boisson est l'eau pure qui, AUX REPAS, ne doit être prise qu'en quantité modérée, afin d'éviter les phénomènes de dyspepsie. Après les repas, il se produit une crise polyurique qui élimine une assez grande quantité d'acide urique. Cependant, l'eau semble, d'après les expériences des physiologistes, diminuer l'excrétion de cet acide ; en tout cas, elle augmente la quantité

---

notre marine avait fait jadis construire pour le service de l'Extrême-Orient, navires qui atteignent presque à la perfection, sous le rapport de l'hygiène, et qui ont été disposés en vue de la destination spéciale qui devrait leur incomber ; on a préféré continuer à les laisser pourrir sans profit dans les darses de Toulon, et c'est sur des paquebots mal aménagés, sans espace, sans air, sans lumière, sans installations convenables, que les malheureuses victimes du climat malgache ont été entassées jusqu'à l'encombrement. S'il était réellement impossible d'utiliser, comme sanatorium, l'île de la Réunion, ainsi que le docteur Burot s'est attaché à le démontrer dans son rapport sur le service du *Shamrock*, il fallait au moins n'affecter à ces convois de retour que ces admirables bâtiments dont le nombre était suffisant pour assurer largement le va et-vient : *Shamrock*, *Mytho*, *Annamite*, *Bien-Hoa*, *Ving-Long*, *Nive*, etc... qui dira jamais les raisons vraies de cette dernière faute ?

. . . .

Comme toujours, nos confrères ont dépensé là-bas, sans compter, leurs forces et leur dévouement. Trois d'entre eux ont succombé à la peine. Si l'on songe qu'en dehors d'eux, dix-neuf officiers seulement sont morts de maladie, et deux ont été tués à l'ennemi, on trouve que le corps de santé a fourni l'énorme proportion de 15 % décès d'officiers. C'est un chiffre dont nous pourrions tirer vanité, puisque ce sont les risques acceptés de donner sa vie pour la patrie qui font la grandeur du métier militaire ; il justifie, en tous cas, le droit que nous réclamons de faire entendre notre voix dans les conseils du commandement, et nos protestations contre le peu de cas qu'il est de règle d'en faire.

On peut affirmer que nous aurons là-dessus satisfaction tôt ou tard. La poussée de l'opinion dans un pays où la pensée et la parole sont libres et où il n'est pas une famille qui n'ait quelqu'un des siens sous les drapeaux, amènera forcément ce progrès. Pourquoi le commandement s'efforce-t-il de le reculer sans cesse ? et que croit-il y gagner ?

Ce qu'il peut y perdre, en revanche, ce que la France peut y perdre avec lui, le Dr Jean Lémure l'a dit avec autant de simplicité que de courageuse franchise :

de l'urée, dans les solutions de laquelle l'acide urique est assez soluble.

Si le malade se refuse à boire de l'eau pure, on lui conseillera les boissons les moins alcooliques et les moins acides. M. Dreyfus-Brisac recommande surtout le bordeaux vieux coupé d'une eau alcaline peu gazeuse ; les vins de la Moselle, préconisés par quelques auteurs, sont trop acides ; le bourgogne, les vins liquoreux, trop alcoolisés. On défendra les liqueurs.

La lithiase est rare en Normandie, c'est là un fait que beaucoup de nos confrères nous ont confirmé ; il est donc probable que le cidre, boisson de ce pays, ne prédispose pas à la lithiase ; on aura soin de faire usage de cidres ni trop acides ni trop alcooliques.

Les bières légères, ingérées en quantités modérées, peuvent être permises. Par contre, on interdira le champagne, l'eau de Seltz, le café et, s'il y a lithiase uro-oxalique, le thé, le chocolat, le cacao.

Le régime de la lithiase urique est, en somme, facile à suivre, mais le malade doit être bien convaincu que tout excès, toute irrégularité, peuvent avoir des résultats fâcheux en favorisant le développement d'une dyspepsie qui sera suivie d'une élaboration viciée des aliments, entraînant elle-même une augmentation de la quantité d'acide urique éliminée.

REVUE DE LA PRESSE

Usage du tabac dans les maladies L'amblyopie tabagique.

« Le tabac chez les malades et les convalescents ». Tel est le titre d'un travail du Dr Jankon, paru dans le *Zeitschrif Kraukenpf*, et analysé dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

L'auteur essaye de répondre à la question si souvent posée par les malades et les convalescents : « Puis-je fumer, docteur ? »

En règle générale, il n'y a pas lieu de défendre le tabac dans les affections chirurgicales et dans la convalescence, après les opérations, excepté les opérations pratiquées sur les yeux, l'abdomen et la vessie. L'emploi du tabac joue-t-il un rôle dans la pathogénie du cancer des lèvres et de la langue ? Rien de sûr à cet égard. On proscrira le tabac dans les affections de la gorge et du pharynx et, avec certaines restrictions, dans le catarrhe naso-pharyngien type.

Quant aux maladies internes, il ne faut pas oublier l'action toxique du tabac ; aussi ne permettra-t-on de fumer qu'avec circonspection. Du reste, la plupart des affections où le tabac serait dangereux, provoquent le dégoût du tabac ; il arrive même assez souvent que l'attention de l'entourage est attirée sur l'état maladif d'un fumeur parce qu'il a renoncé complètement à faire usage des cigares. C'est donc parfois un bon signe quand le convalescent se montre de nouveau disposé à fumer.

1° Le tabac sera rigoureusement interdit dans la péritonite, la typhlite et la pérityphlite ;

2° Les affections stomacales ne seraient pas, d'après l'auteur, une contre-indication formelle. Cette opinion est assez contestable : en effet, nous savons que l'abus du tabac provoque des affections stomacales, surtout des troubles dyspeptiques. Les cigarettes sont à proscrire, surtout dans les affections gastro-intestinales ;

3° Les sujets atteints d'affections organiques du cœur ne supportent pas ordinairement très bien le tabac ; cependant les acharnés peuvent fumer par jour, deux à trois légers cigares ;

« Le soldat sait mourir pour son pays ; il est habitué à « l'idée d'être frappé par une balle ennemie. Par contre, « l'esprit de sacrifice n'est pas suffisamment développé « pour lui permettre de supporter des souffrances qu'il « juge inutiles. Il rapporte à ses chefs la cause de ses « misères, et la démoralisation en est la conséquence. Ces « faits sont graves, parce que les revenants de Madagascar « rapportent avec eux des impressions terribles qui peu- « avoir des contre-coup funestes. »

Et maintenant, concluons. Dans une campagne où il devait y avoir 110 hommes blessés ou tués à l'ennemi, contre plus de 20,000 hommes malades ou morts de maladie, eût-il été bon de « laisser aux médecins une part prépondérante d'initiative ? » Les militaires, on le sait, ont déjà tranché la question, et, par la plume du capitaine X..., ils ont répondu : « Loin de là ! »

Le cas du Dr Aubry. — Le Dr Aubry, dans un livre *La contagion du meurtre*, avait pris comme exemple la famille Keranjal des Essarts..., célèbre, à ce titre, dans les annales judiciaires. Une personne de cette famille a assigné M. Aubry devant la première Chambre civile à Paris, lui réclamant des dommages-intérêts et la suppression de certains passages de son livre.

Le tribunal a fait droit à la demande. Il a déclaré que les passages visés étaient diffamatoires, et qu'il suffisait, pour que cette diffamation dût être réprimée, que l'auteur, même sans intention de nuire, eût pu se rendre compte des effets préjudiciables que devait avoir pour les personnes désignées la publication incriminée.

« Attendu, dit le jugement, qu'il est aisé de conserver le souvenir des observations utiles sans y mêler, dans d'imprudentes publications et par des précisions que rien ne rend nécessaires, le nom des particuliers qui ont eu le malheur d'être, par eux-mêmes ou par leurs parents, mêlés à de scandaleuses aventures et dont le plus légitime souci est de laisser le temps faire son œuvre de silence et de paix... »

Le tribunal a ordonné la suppression des passages incriminés et a condamné le Dr Aubry et les éditeurs aux dépens pour tous dommages-intérêts.

4° Quant aux affections pulmonaires, les expériences nous ont appris l'action entravante et même bactéricide du tabac sur les bactéries de la bouche, la bactéridie charbonneuse, les micro-organismes de la fièvre typhoïde et de la pneumonie; la même influence du tabac existe vis-à-vis du bacille de la tuberculose. Aussi l'auteur considère-t-il comme une faute grave, la défense de fumer faite aux sujets qui se trouvent dans le stade initial de la tuberculose; au contraire, il faudrait les encourager à le faire encore davantage qu'auparavant. Ce qui milite encore en faveur de la permission de fumer, c'est, d'une part, l'action désinfectante du tabac sur la bouche et, d'autre part, la dépression exercée par le tabac sur les fonctions génitales, ordinairement très excitées au début de la tuberculose. De plus, le tabac exerce une influence favorable sur le système nerveux central de ces sujets, d'abord par son action légèrement narcotique et, ensuite, en détournant l'attention des malades de leur affection sur l'acte de fumer lui-même et les associations qu'il provoque : or, les tuberculeux ont besoin d'être distraits et empêchés de penser sans cesse à leur maladie. Même les hémoptysies peu accusées ne contre-indiqueraient pas absolument l'emploi du tabac;

5° Chez les syphilitiques, on prendra soin de ne défendre que l'abus du tabac, au point de vue quantitatif aussi bien qu'au point de vue de la qualité;

6° Quant aux affections fonctionnelles du système nerveux, il ne serait pas rationnel de prononcer, dès le début, la défense absolue de fumer. On aura seulement soin d'établir nettement le nombre et la qualité des cigares à fumer et de contrôler, autant que faire se peut, si le malade remplit scrupuleusement la prescription à cet égard. C'est surtout dans les névroses cardiaques que la circonspection est de rigueur; mais où il faut surveiller très attentivement l'emploi du tabac, c'est dans la dyspepsie nerveuse. En effet, dans cette affection, l'emploi des cigares, même légers, peut amener parfois à sa suite des troubles très désagréables;

7° Les sujets atteints d'affections organiques du système nerveux ne fumeront qu'avec précaution;

8° La permission de recommencer de fumer pendant la convalescence ne sera donnée qu'après examen approfondi, et on conseillera au malade d'agir avec une grande circonspection; on ne perdra pas de vue les règles exposées plus haut pour les différentes maladies; on contrôlera attentivement la qualité et la quantité du tabac, en prescrivant de graduer lentement l'augmentation de sa consommation.

On défendra rigoureusement de fumer dans les salles où se trouvent pêle-mêle des sujets affectés de diverses affections. L'auteur considère d'un œil sceptique la soi-disant propriété hypnotique du tabac; d'après lui, ce ne serait qu'une suggestion. Toutefois il est permis d'émettre un doute sur cette assertion de Jankau.

Enfin, l'auteur met en doute l'action bienfaisante des cigares après les repas, bien que cela soit admis par tout le monde; il recommande d'avaler de temps en temps un peu de lait pendant que l'on fume; ce mode d'agir est surtout à recommander chez les sujets malades ou en convalescence.

— M. Ramsay a vivement étudié, dans un travail qu'a reproduit la *Presse médicale*, l'amblyopie tabagique puis celle qui se produit en dehors de la coexistence de l'alcoolisme. D'après Horner, 0,7 % des malades atteints d'affection oculaires sont intoxiqués par le tabac; Galezowski arrive au chiffre de 1 %, sur un total de 36,000 malades.

Les malades atteints d'amblyopie sont âgés de quarante à soixante ans et fument depuis longtemps.

Le début, parfois subit, est en général insidieux. Les individus atteints sont bien portants, mais, en général, ils présentent quelques malaises au début de l'amblyopie: insomnies, fatigue, perte d'appétit, troubles digestifs. Il semble que certains résistent mieux que d'autres à l'usage du tabac. Le cigare et la cigarette prédisposent aux accidents plus que la pipe, car dans cette dernière le tabac fumé est nécessairement moins fort. On n'observe pas d'accidents amblyopiques chez ceux qui chiquent, mais ne fument pas. Le fait de fumer à jeun ou la nuit pendant une insomnie, prédispose aux troubles de la vue.

L'obnubilation de la vue est aussi prononcée dans un œil que dans l'autre, et cette symétrie est utile pour distinguer l'amblyopie due au tabac de celle qui a pour cause des affections de la choroïde, de la rétine ou du nerf optique. On a cependant observé quelques cas d'amblyopie tabagique monoculaire. La diminution de l'acuité visuelle varie avec le moment de l'affection et peut tomber à 1/20 de la normale. L'étendue du scotome grandit à mesure que l'amblyopie s'accroît. Un signe pathognomonique de cette amblyopie, est que, même alors qu'un objet blanc est nettement vu au centre du champ visuel, il y a déjà un scotome pour les couleurs. Le malade ne distingue pas les monnaies d'or et d'argent à leur couleur.

Les résultats donnés par l'examen ophtalmoscopique forment un contraste frappant avec les altérations du champ visuel. A la première période, le fond de l'œil est en général normal, parfois le disque optique est hypérémié et peu transparent. A la longue, la couleur naturelle du tiers nasal de la papille commence à contraster avec la teinte blanc grisâtre des deux tiers temporaux; puis, parfois, le

champ visuel se rétrécit à sa périphérie et la papille prend l'aspect de l'atrophie blanche; l'atrophie complète peut même survenir.

Les paralysies des nerfs oculo-moteurs sont très rares, mais ces faits si accentués, qui rentrent dans le groupe des névrites rétro-bulbaires de de Wecker, contrastent avec la bénignité habituelle de l'amblyopie tabagique. Toutes les fois que l'on trouve un rétrécissement concentrique du champ visuel, en même temps qu'une amblyopie supposée tabagique, il faut chercher avec soin tous les symptômes de la moelle épinière, sclérose disséminée, tabes dorsales, etc. Presque toujours, dans les cas où l'amblyopie tabagique ne guérit pas, on voit survenir tôt ou tard ce rétrécissement concentrique, et si le patient est en outre un alcoolique, l'atrophie du nerf optique a beaucoup de tendance à se produire.

Le pronostic est favorable dans les cas non compliqués où le malade cesse de fumer, mais la vue ne redevient suffisante qu'au bout de six à huit mois. Le traitement consiste dans la suppression complète du tabac et de l'alcool, dans le repos des yeux; l'emploi du mercure, de l'iodure de strychnine, peut être d'une grande utilité.

REVUE DES THÈSES

De l'Œdème dit cachectique chez des phtisiques, par le Dr Saint-Pé. — Thèse de Doctorat. Paris 1895.

Dans ce travail fait sous l'inspiration de M. Faisans, l'auteur se propose d'élucider la question obscure de l'œdème chez les phtisiques. Et d'abord, il faut distinguer cet œdème avec la tendance à la généralisation des divers œdèmes partiels si fréquents chez les tuberculeux. Vu par Andral, qui, le premier en soupçonna la nature, l'œdème des phtisiques n'avait guère éveillé, depuis cet auteur, les recherches des pathologistes. M. Saint-Pé pense que le terme d'œdème cachectique ne veut rien dire et manque de précision. D'abord, il ne se rencontre pas chez tous les phtisiques à la dernière période, ce qui devrait arriver si le terme cachexie était pris dans le sens d'altération humérale. L'auteur admet avec son maître, M. Faisans, que c'est un œdème d'origine cardiaque. D'ailleurs, l'étude clinique montre que cet œdème se rapproche des œdèmes cardiaques. L'étude anatomo-pathologique confirme cette hypothèse en faisant voir dans ces cas une altération du cœur consistant en distension du cœur droit avec dilatation de l'orifice tricuspide. La cause de cette « faillite du cœur » doit être cherchée dans les obstacles mécaniques à la circulation pulmonaire, en particulier dans ceux provoqués par les secousses de la toux. Peut-être aussi doit-on incriminer une impocardite d'origine toxique. Cet œdème est toujours d'un pronostic fatal à brève échéance.

Contribution à l'étude des rash dans la varicelle, par le Dr de Bourdineau. Thèse de Paris. 1895.

Bien connue au point de vue de son éruption normale, encore discutée, au moins à l'étranger (École de Vienne), quant à ses rapports avec la variole, la varicelle a présenté, dans ses dernières années, un regain d'intérêt avec l'étude des éruptions à forme de rash, qui accompagnent quelquefois son évolution.

Déjà signalés par Gintrac, les rash de la varicelle avaient été quelque peu oubliés, quand, en 1891, M. Galliard apporta à la Société médicale des hôpitaux de nouveaux faits et provoqua la publication de nouvelles observations de la part de MM. Chauffard, Gillet, etc.

C'est d'après ces travaux et d'après une observation personnelle, prise dans le service de M. Moizard, que l'auteur établit le bilan de nos connaissances actuelles sur les rash de la varicelle.

M. de Bourdineau a pu réunir vingt observations de varicelle accompagnée de rash : dix-neuf fois, le rash observé a été scarlatiniforme; une fois seulement, morbilliforme.

Le plus souvent, c'est un signe prémonitoire : il précède l'éruption propre de la maladie, de quelques heures à deux jours au maximum.

Toutefois il peut coïncider avec l'éruption de la maladie et même la suivre.

Dans les cas où le rash est apparu au cours de l'éruption, on peut se demander avec M. Gillet si le rash n'est pas encore prémonitoire des poussées éruptives successives, qui caractérisent l'éruption de la varicelle.

Le rash manifeste son apparition en provoquant un certain état fébrile, paraissant entraîner un pronostic plus sérieux que celui d'une varicelle normale, ce qui, heureusement, ne se réalise pas par la suite.

L'exanthème offre tout à fait l'aspect de l'éruption scarlatineuse; il est généralisé ou partiel, tout à fait indolore et ne provoque aucune démangeaison. Il peut occuper toutes les parties du corps et ne présente qu'une durée éphémère, quelques heures parfois, deux jours le plus souvent. Il disparaît sans donner lieu à aucune desquamation.

Dans un seul cas (Chauffard) le rash a été morbiliforme.

Il sera très important de distinguer ces rash de la varicelle, surtout des rash de la variole et de la scar-

atine elle-même : il y a là une question de pronostic et de traitement du plus haut intérêt. Il faudra aussi les différencier de la rubéole, des taches rosées de la fièvre typhoïde, des exanthèmes du rhumatisme, de certains érythèmes toxiques.

Leur valeur pronostique est nulle : ils n'influencent en rien la marche de la maladie.

De la Péricardite blennorrhagique, par le Dr Henri Boucher, d'Argis de Guillerville. — Thèse de doctorat. Paris, 1895.

L'auteur a rassemblé 13 cas de péricardite survenue au cours de la blennorrhagie.

Dans tous ces cas, les symptômes observés ont été ceux de la péricardite ordinaire.

Gluzinski a décrit des formes atténuées de péricardite qu'il appelle ambulatoires. Tout se borne, dans ces cas, à un bruit de frottement péricardique : il n'y avait ni fièvre ni état général.

La péricardite apparaît, en général, six semaines après le début de la blennorrhagie.

La durée en est courte, et elle se termine le plus souvent par résolution.

Quelle est la nature de cette complication ?

L'auteur incline à penser, étant donné ce qu'on sait de l'endocardite blennorrhagique, « qu'il n'y a pas de raisons capitales pour faire de la péricardite blennorrhagique une infection secondaire, et qu'il est admissible aujourd'hui de généraliser à la séreuse cardiaque les processus que nous avons vu applicables à d'autres manifestations en invoquant le rôle prépondérant du microbe de Neisser, et d'estimer que les données actuelles sur la blennorrhagie permettent d'accepter l'idée d'une relation étroite entre le gonocoque et la péricardite ».

M. M...

LE CAS DU SOLDAT LEBAUDY

Nous ne pouvons passer sous silence un fait qui a tant occupé la presse politique et qui intéresse si vivement nos confrères de l'armée.

M. le Dr Noël, sous le titre que nous prenons, a publié, dans le *Bulletin médical* du 1er janvier 1896, un article fort intéressant, dont nous extrayons les passages suivants :

Le soldat Lebaudy aurait été examiné à Vernon par M. le Dr Vuillemin, médecin en chef, qui aurait demandé l'évacuation sur Rouen du jeune malade, et sa présentation au conseil de réforme.

M. Noël s'exprime ensuite de la façon suivante :

« Voici les propres paroles du ministre de la Guerre :

« M. Berry a dit, en citant l'avis du Dr Vuillemin, « que ce dernier avait conclu à la réforme. Or, cela « est contraire à l'exactitude des faits. J'ai, en effet, « sous les yeux le rapport même établi à Vernon, le « 18 mai dernier, par le Dr Vuillemin, à la suite de « l'examen de l'état de santé du jeune Lebaudy.

« Le rapport s'exprime ainsi :

Le cavalier Lebaudy est bien constitué physiquement, et, en raison de son éducation à l'anglaise, il est plus robuste qu'il ne le paraît ; ses muscles sont fermes et bien développés..... En somme, il ne présente aucune lésion organique appréciable, c'est un neurasthénique. Mais les troubles neurasthéniques qu'il présente ne me paraissent pas suffisamment caractérisés pour prendre, au point de vue militaire, une décision ferme et définitive à son égard..... Aussi, comme une permission à titre de convalescence va être accordée au cavalier Lebaudy, j'ai engagé ce jeune militaire à profiter de cette occasion pour chercher à se soumettre à l'examen des professeurs du Val-de-Grâce.....

« Vous voyez donc que, sur ce point, les allégations de M. Berry sont complètement inexactes. »

« Le ministre a dû se tromper de pièces dans le volumineux dossier que constitue l'affaire Lebaudy. Il n'en est pas moins vrai qu'au lieu de communiquer le rapport du Dr Vuillemin relatif à l'évacuation de Lebaudy sur l'hôpital de Rouen, il a lu un rapport *établi deux mois plus tôt, à la date du 18 mai*, lors d'un premier séjour à l'hôpital de Vernon, alors que le malade ne présentait que de la neurasthénie à forme gastrique.

« A Vernon, nous le répétons, la tuberculose a été reconnue, et la réforme demandée. A Rouen, le diagnostic du Dr Vuillemin fut confirmé et complété par la constatation du bacille de Koch. Aussi, malgré le redoublement de calomnies de certains journaux qui firent rage, et accusèrent les médecins militaires de s'être vendus, le médecin-chef de l'hôpital n'hésita pas à proposer Lebaudy pour la réforme.

« Or, le jour de la réunion de la commission de réforme, au moment où on allait appeler Lebaudy pour le faire entrer dans la salle des séances, un planton vint le chercher et lui fit connaître qu'il était désigné pour aller en observation au Val-de-Grâce !

« Ce fut un coup de théâtre, et M. Georges Berry a pu dire avec raison : « De mémoire d'homme on ne « connaît aucun fait semblable à celui-ci, et toutes les « fois qu'un médecin a proposé un soldat pour le con- « seil de réforme, jamais il n'a été soustrait à ce « conseil, ni par un général, ni par une ordonnance « ministérielle. »

« M. Cavaignac, qui semble trouver la chose toute naturelle, a fait une réponse digne d'être intégralement reproduite :

A Rouen, en ce qui concerne le soldat Lebaudy, tandis que le médecin concluait à l'envoi devant le conseil de

réforme, le commandant de corps d'armée arrivait à une conclusion contraire. En présence de cette divergence, le ministre de la Guerre a pris la décision dont vous avez parlé, décision qui renvoyait le soldat Lebaudy au Val-de-Grâce, et qui, par là même, annulait l'avis du médecin de Rouen. *(Interruptions et mouvements divers.)*

En vérité, messieurs, je ne m'explique pas ces interruptions. Comment! vous trouvez extraordinaire qu'en présence d'une divergence d'opinions, quel que soit le soldat en cause, entre l'autorité médicale et le commandement, le ministre décide de soumettre la question à une autre autorité médicale?... J'avoue, quant à moi, que je ne m'explique pas votre étonnement.

« Cette stupéfiante théorie a fait écrire à l'un de nos confrères : « Pour une maladie, c'est l'avis des « chefs qui a prévalu; il faut espérer que dans une « affaire de stratégie ou de tactique, l'opinion des « médecins l'emportera. »

Quoique nous trouvions qu'il ait été fait beaucoup de bruit sur cette malheureuse affaire, nous avons tenu à rapporter les faits allégués par le *Bulletin médical*, dans le seul but d'éveiller l'attention sur ce seul point.

Ne serait-il pas équitable de donner, dans les questions de réforme, une autorité plus grande à l'avis des médecins ?

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1895

M. DUGUET présente un malade atteint d'actinomycose de la face. Ce malade habite les environs de Paris et exerce la profession de blanchisseur. Ce fait est des plus intéressants, étant donné la rareté de l'actinomycose en France, exception faite cependant, ainsi que le montrent en particulier les cas réunis de M. Poncet, pour la région est et nord-est de notre pays.

— M. HEURОТ est élu trésorier de l'Académie.

ÉLECTION D'UN MEMBRE DANS LA SECTION DES ASSOCIÉS LIBRES

Premier tour.

MM. Blache	33 voix.
Rivière	17 —
Corlieu	14 —
Commenge	10 —
Galezowski	4 —
Bertillon	1 —
Bulletins blancs	3

Deuxième tour.

MM. Blache	46 voix. ÉLU.
Rivière	26 —
Corlieu	4 —
Commenge	2 —
Bulletins blancs	4

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1895

Des faits de méningisme histérique, analogues à celui que M. Huchard a communiqué dans la dernière séance, peuvent s'observer chez l'enfant. M. COMBY en rapporte quatre cas : deux des enfants avaient quatorze ans, un troisième quatre ans et demi, le quatrième enfin, neuf mois. On avait porté le diagnostic de méningite tuberculeuse; or les enfants guérirent rapidement. M. Comby insiste sur la difficulté du diagnostic dans des cas analogues. La jonction du canal rachidien entre deux vertèbres lombaires, qui a été proposée et pratiquée en Allemagne, dans le but de soumettre à l'examen bactériologique le liquide céphalo-rachidien retiré, doit être considéré comme une méthode quelquefois inefficace et souvent dangereuse.

Il est cependant, d'après M. HAYEM, un signe qui permet toujours de différencier le méningisme de la méningite tuberculeuse; c'est l'augmentation dans le sang des globules blancs.

— M. CAUBET, de Toulouse, a adressé à la Société une intéressante observation de *péritonite tuberculeuse ascitique, traitée par la ponction suivie d'un lavage avec de l'eau stérilisée chaude*. Le malade était âgé de dix-sept ans; l'épanchement ascitique était abondant (sept litres et demi). Tous les symptômes de péritonite disparurent après la ponction suivie du lavage, et n'ont pas reparu depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an.

M. Caubet s'est servi d'eau à 46°. Il fait remarquer qu'il n'y a pas, de cette façon, d'accidents à craindre comme dans la laparotomie, ni d'intoxications à redouter comme avec les injections de liquides antiseptiques : naphtol camphré, sublimé, etc.; et cependant les résultats ont été des plus favorables.

On peut objecter, il est vrai, à M. Caubet, les guérisons spontanées de la péritonite tuberculeuse, M. SIREDEY en a justement observé tout récemment un fait. Mais en face d'un cas de péritonite tuberculeuse, on ne peut rester inactif.

M. RENDU cite l'observation d'une malade, chez laquelle l'affection n'était nullement modifiée par le traitement palliatif qu'elle suivait; une ponction suivie d'une injection de 5 grammes de naphtol camphré resta sans effets; la malade guérit, au contraire, très bien par la laparotomie. M. MERKLEN cite, en revanche, le fait d'une jeune fille chez laquelle on avait fait le diagnostic de kyste de l'ovaire. On pratiqua la laparotomie et on trouva une péritonite tuberculeuse. Malgré la laparotomie et un séjour au bord de la mer dans le Midi, le liquide se reproduisit. Au bout de deux mois, M. Merklen en enlevait seize litres par une ponction. Le séjour à la mer fut continué et la guérison obtenue; depuis deux ans, la jeune fille dont il s'agit continue à bien se porter.

M. HAYEM fait remarquer que pour l'injection intra-péritonéale, M. Caubet aurait peut-être mieux fait de se servir d'eau salée stérilisée que d'eau pure. La première, en effet, agit très fortement sur les éléments anatomiques qu'elle altère. Il est vrai que M. Caubet a peut-être pensé utiliser cette action contre le bacille tuberculeux.

— M. E. HIRTZ rapporte ensuite l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, d'une très bonne santé habituelle, qui entra à l'hôpital avec les signes physiques d'une grande dilation de l'estomac et, en même temps, des phénomènes généraux graves : facies abdominal, abattement profond, soif extrême, inappétence absolue. Ces symp-

tômes dataient au plus de quatre ou cinq jours. Il y avait de la constipation depuis ce moment. On fit un lavage de l'estomac, qui ramena seulement quelques débris alimentaires. M. Hirtz pensa qu'il s'agissait probablement d'une perforation intestinale. Quatre jours après son entrée, le malade mourut. A l'autopsie, on trouva une accumulation de matières fécales dans le cæcum et jusque vers le milieu du côlon ascendant ; l'intestin grêle était très dilaté, l'estomac normal. Il n'y avait pas de perforation. L'appendice était indemne de toute lésion ; l'S iliaque et le rectum étaient vides.

Chez un jeune homme de dix-huit ans, devenu myxœdémateux après l'ablation du corps thyroïde pratiquée il y a plusieurs années pour un goitre, M. Mathieu a vu se produire une obstruction stercorale pour laquelle le malade dut être opéré une première fois. Il succomba à une récidive de l'obstruction intestinale ; à l'autopsie, on trouva un gros intestin réellement monstrueux et contenant plusieurs kilos de matières fécales ; l'S iliaque était tordue sur elle-même.

— M. Lemoine (du Val-de-Grâce), qui a observé au commencement de cette année une épidémie de scarlatine, a saisi cette occasion pour reprendre l'étude bactériologique des angines scarlatineuses. Après avoir rapidement cité les travaux antérieurs sur ce sujet, M. Lemoine analyse en détail les cent dix-sept cas d'angines scarlatineuses qu'il a observés. Voici ses conclusions :

« En résumé, l'angine scarlatineuse précoce est une angine à streptocoque ; ce micro-organisme est rencontré le plus souvent à l'état pur à l'intérieur de l'amygdale. Parfois, il y a, dès le début, à la fois infection streptococcique et diphtérique. Cette double infection entraîne une gravité beaucoup plus considérable des accidents pharyngés. L'association coli-bacillaire paraît être, dans certains cas, le point de départ d'une infection aussi sérieuse que celle qui résulte de l'association au bacille de Loeffler.

« Enfin, l'origine streptococcique des angines de la scarlatine ne semble pas spéciale à cette maladie. Sous ce rapport, les accidents pharyngés de la scarlatine paraissent être de la même nature que nombre d'autres angines. »

— Au cours de la séance, M. Merklen a lu deux observations *d'ictus laryngé guéri par l'antipyrine*; ce sont des faits à ajouter à ceux que M. Merklen a déjà rapportés.

Ces deux nouvelles observations sont dues l'une à M. Lermoyez, l'autre à M. Tuefferd, de Montbéliard.

***

Séance du 28 décembre 1895

La question des rechutes de rougeole a été souvent discutée et n'est pas encore résolue. On s'est demandé s'il ne s'agissait pas, suivant les cas, tantôt d'une simple rétrocession momentanée de l'exanthème, tantôt d'une éruption accidentelle surajoutée, médicamenteuse ou sudorale, tantôt enfin de la succession, chez un même malade, d'une roséole ou d'une rubéole, puis d'une rougeole vraie. Et, de fait, toutes ces combinaisons ont pu être observées et simuler de véritables rechutes morbilleuses.

Toutefois la rougeole à rechute existe, comme existent la fièvre typhoïde, la scarlatine à rechute. On sait, d'ailleurs, que la rougeole est la fièvre éruptive qui récidive le plus souvent, et confère, par cela même, l'immunité la moins constamment durable.

MM. Chauffard et Lemoine, qui présentent ces arguments, communiquent en même temps une double série de cas observés simultanément au printemps dernier, les uns dans le service d'isolement des rougeoleux du Val-de-Grâce, les autres dans un petit foyer d'épidémie familiale ; en tout, onze faits de rechute morbilleuse. Après avoir éliminé les causes d'erreur, établi qu'il s'agissait bien dans ces différents cas de rougeole à rechute, MM. Chauffard et Lemoine examinent la gravité relative des deux poussées éruptives : six fois la rechute a été de même intensité que la première rougeole ; deux fois elle a été plus intense, et deux fois plus bénigne. Aucune de ces rougeoles, initiales ou secondaires, n'a été vraiment grave.

La virulence du germe rubéolique n'explique donc pas la rechute ; il faut peut-être faire jouer un rôle plus important à l'encombrement. Dans des milieux véritablement saturés du germe spécifique, la réinfection d'un convalescent, peu immunisé par la première atteinte, peut se produire. Il s'agirait d'une réinfection rubéolique exagérée. C'est aussi l'opinion, déjà exprimée dans le *Traité de médecine*, par M. Cuinon.

M. Béclère pense qu'il s'est peut-être agi, dans les cas de MM. Chauffard et Lemoine, de deux épidémies simultanées et successives, l'une de rougeole, l'autre de rubéole. M. Bucquoy partage plutôt l'opinion de MM. Chauffard et Lemoine. Quant au rôle joué dans de tels faits par l'encombrement, il semble douteux à M. Siredey, qui n'a pas observé un seul cas de rougeole à rechute, l'an dernier, à Aubervilliers, bien que les salles fussent très encombrées.

— M. Galliard présente ensuite deux beaux exemples de méningisme hystérique, qu'il faut ajouter aux cas déjà rapportés dans les précédentes séances.

— Enfin, M. Rendu, secrétaire général, lit le compte-rendu des travaux de la Société pendant l'année 1895, et une notice sur M. Dujardin-Beaumetz.

— Le bureau de la Société est ainsi composé, pour l'année 1896 :

Président : M. d'Heilly.
Vice-président : M. Debove.
Secrétaire général : M. Rendu.
Secrétaires annuels : MM. Siredey et Louis Cuinon.

La prochaine séance aura lieu le 10 janvier 1896.

LES LIVRES NOUVEAUX

Manuel de Pathologie interne, par C. Vaulois. 3e édition. O. Doin, édit. — Paris, 1896.

L'auteur s'est efforcé de mettre au point les différentes parties de son livre, afin de satisfaire aux nécessités actuelles de la pratique. Des articles supplémentaires ont été consacrés à des maladies nouvelles ou plus explicitement étudiées dans ces derniers temps, et un grand nombre de pages ont subi une revision complète. Parmi les textes remaniés de la sorte, figurent ceux qui ont trait aux lésions, à la pathogénie et à la classification des psychoses, à toute une série de névroses, récemment introduites dans le cadre nosologique, à la pathogénie du goitre exophtalmique, du myxœdème, du diabète, etc. En outre, de plus grands développements ont été donnés aux chapitres contenant les notions anatomiques, physiologiques et propédeutiques, relatives à chaque appareil, ainsi qu'à la description des formes morbides atypiques. Les procédés de recherche des éléments bactéridiens ont été exposés avec détails. Enfin, la partie thérapeutique a reçu une extension relativement considérable.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs. — A l'occasion du Centenaire de l'Institut : M. Potain et M. Bouchard. — M. le Dr Morache (médecin-inspecteur de l'armée).

Officiers. — MM. les Drs Delamare, Ferron. Morisson (médecins de l'armée active); de Courtois (médecin de l'armée territoriale).

Chevaliers. — MM. les Drs Arrault (du Ripault); Mouchet (de Sens); Racine (de Seey-sur-Saône); André, Boiland, Bouchoir, Chevalier, Collignon, Cornille, Danjou, Duhaut, Géraud, Hornus, Lecomte, Lelong, Pailloz, Poché, Simon, Strœbel, de Villegente et Woirhaye (médecins de l'armée active).

Distinctions honorifiques. — MM. les Drs Coiffier (du Puy), Guelle (d'Allègre), Manissolle (d'Yssingeaux) ont été nommés officiers d'Académie.

Témoignages de satisfaction. — Le ministre des Colonies a accordé un *témoignage officiel de satisfaction* à M. le Dr Grall (médecin des colonies), pour le zèle et la distinction avec lesquels il a dirigé le service de santé de l'Annam et du Tonkin pendant l'épidémie qui a sévi cette année en Indo-Chine.

— Le ministre de la Marine a accordé un *témoignage officiel de satisfaction* à M. Jacq (étudiant en médecine), pour acte de courage et de dévouement.

Institut impérial de Saint-Pétersbourg. — Un don de 80,000 francs a été fait à l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg pour la préparation de l'antitoxine diphtéritique.

Concours de la médaille d'or. — Le concours de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes : Médaille d'or : M. Banzet; médaille d'argent : M. Auvray; mention honorable : M. Riche.

Concours de médecine des hôpitaux. — Un concours s'ouvrira lundi 24 février 1896, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 20 janvier 1896, sera clos le vendredi 7 février, à 3 heures.

Val-de-Grâce. — A la suite du concours ouvert le 9 décembre 1895, M. le Dr Albert (Charles-Louis-Raymond) a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce.

Médecine navale. — M. Lockroy vient de décider que, lors des prochains examens des titres à l'avancement dans le corps des infirmiers, un médecin de la marine serait adjoint à la commission pour y soutenir les droits de ce corps. Jusqu'à présent le corps médical n'avait pas été représenté dans la commission.

École de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 6 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléants des chaires de pathologie et cliniques chirurgicales, et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

École de médecine de Besançon. — M. le Dr Bruchon, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Les polycliniques et le Conseil municipal. — A la dernière séance du Conseil, M. Breuillé a demandé au nom de la 5e Commission la suppression de la subvention de 8,000 fr. inscrite en faveur de la polyclinique de la rue Antoine-Dubois. Les consultations dans les hôpitaux ayant été organisées, cette subvention n'a plus de raison d'être. Le Conseil doit réserver toutes ses ressources pour l'Assistance publique.

Mais M. Faillet et M. Clairin n'ont pas été de cet avis, ils ont insisté pour que cette subvention fût réinscrite au budget. M. Clairin a déclaré que la protestation du syndicat des médecins de la Seine l'avait profondément blessé. Il est évident qu'il y a trop de médecins à Paris, mais d'après lui, ce n'est pas une raison suffisante pour que le Conseil, sous prétexte de concurrence, supprime les institutions qui soignent gratuitement les pauvres.

Le Conseil municipal a donné raison aux partisans des polycliniques. Par 35 voix contre 54 votants, il est alloué une subvention de 6,000 fr. à la polyclinique de la rue Antoine-Dubois, et une subvention de 8,000 fr. à la polyclinique de l'hôpital international. *(Médecine moderne.)*

A la Société des Médecins de réserve. — Il y a quelques années, un petit nombre de médecins de réserve, désireux de parachever leur instruction militaire, se groupèrent et mirent en commun leur bonne volonté et leurs efforts patriotiques. Ce fut le noyau de la Société amicale des Médecins de réserve et de l'armée territoriale, qui prit rapidement un grand essor.

A la suite d'incidents survenus au cours de la dernière assemblée générale annuelle, qui a eu lieu mardi dernier, le président de la Société, M. le Dr Picqué, et différents membres du bureau ont donné leur démission de sociétaires.

Nous voulons espérer que les difficultés survenues n'auront pas de suites irréparables et qu'on reviendra vite à la bonne harmonie antérieure. Cette Société était appelée à peser d'un grand poids dans l'avenir du service de santé. En face de leurs nombreux adversaires, les médecins militaires de carrière, privés du droit d'association, ne peuvent tenter que des efforts isolés; ils sont par cela même condamnés à l'impuissance. — Les médecins de réserve, au contraire, peuvent se grouper. — Leur Société, tant par le nombre de ses adhérents que par la haute situation scientifique de plusieurs de ses membres, était une force avec laquelle il fallait compter, et avec laquelle on pouvait, dans un temps déterminé, renverser bien des obstacles. Sa disparition serait, à notre avis, on ne peut plus regrettable, on ne peut plus préjudiciable aux intérêts du corps de santé. *(Bulletin Médical.)*

Nécrologie. — MM. les Drs Louis de Brun (de Beyrouth), Ch. Fauvel (de Paris), Gadaud (de Saint-Astier) et M. Paul Bricheteau, interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, qui a succombé à une angine contractée dans son service.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 2. L'UNION MÉDICALE 11 Janvier 1896.

SOMMAIRE

LES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

EN CHIRURGIE

Les injections de sérum artificiel prennent de jour en jour une plus grande importance dans le traitement post-opératoire. Jusqu'ici, elles n'ont répondu qu'à une indication bien nette, celle de combattre les pertes sanguines et de remédier au shock ; mais, dans une récente discussion de la Société de Cbirurgie, de nouveaux faits ont été produits, montrant leur importance dans la thérapeutique des infections. M. Bouilly a tenu à attirer tout particulièrement l'attention sur ce point, et un jour ou l'autre cette question sera traitée prochainement à la Société de Chirurgie.

Les injections de sérum artificiel peuvent être pratiquées soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, par la méthode hypodermique, soit dans les veines, et nous indiquerons, à la fin de cet article, la technique à suivre.

L'injection sous-cutanée est plus facile, plus à la portée de tout le monde, et est en général employée pour combattre les hémorragies et le shock. Elle ne doit être remplacée par les injections intra-veineuses que lorsque le danger est tout à fait pressant, et quand il y a besoin de faire pénétrer rapidement des doses massives dans le torrent circulatoire. C'est ce qui a lieu dans les cas où on veut combattre une infection. Ici, c'est un véritable lavage au sang qu'il faut pratiquer, et nous dirons plus loin quelles doses considérables on peut faire passer en peu de temps dans les veines.

Voyons d'abord le cas où il y a à lutter contre une hémorragie grave. Ils sont fréquents, et presque tous les chirurgiens usent constamment de ce moyen. M. Segond, dans les hystérectomies graves, y a recours d'une façon méthodique, et à la Société de Chirurgie, MM. Bouilly, Michaux, Pozzi, pour n'en citer que quelques-uns, en ont donné de nombreux exemples.

Quoique ces observations ne soient plus à citer tant elles sont nombreuses, nous allons cependant rappeler deux cas de notre pratique, qui ne font que corroborer les bons effets qu'on peut attendre des injections de sérum artificiel.

Dans le premier, il s'agit d'une femme, près de laquelle nous fûmes appelé d'urgence à Lariboisière. Elle était atteinte d'hémorragie interne, consécutive à une rupture de la trompe, rupture qui était la conséquence d'une grossesse tubaire. L'état de la malade était des plus graves, on ne sentait plus les battements du pouls, et on pouvait craindre qu'elle ne mourut pendant son transport sur la table d'opération. Quelques gouttes de chloroforme furent cependant données, et la laparotomie fut pratiquée. Deux bassins furent à peu près remplis par les caillots extraits de l'abdomen, la source de l'hémorragie qui provenait de la trompe fut alors découverte. Celle-ci fut pédiculisée, liée et enlevée, le tamponnement de la cavité fut soigneusement fait, des injections d'éther furent pratiquées, et on commença immédiatement les injections de sérum artificiel. 800 grammes furent poussés sous la peau pendant la nuit, et le lendemain matin, l'opérée était dans un état satisfaisant. Elle est aujourd'hui complètement guérie.

Le second cas est tout aussi concluant que le premier. Il s'agit encore d'une femme très affaiblie, atteinte d'un kyste suppuré de l'ovaire. La laparotomie pratiquée, nous fit tomber sur une poche adhérente en tous les points, et particulièrement à l'intestin sur toute sa face postérieure. En cherchant à détacher les adhérences, cette poche se rompt en plusieurs endroits ; le pus se répand dans le ventre. Bref, l'extirpation est reconnue impossible, la marsupialisation est même très difficile à cause de la friabilité des parois du kyste, et ce n'est qu'au bout de deux heures un quart que les sutures sont terminées. A ce moment, la malade est au plus mal. On ne sent plus les battements du pouls ; les pupilles ne réagissent plus ; la cornée est insensible, elle est en état de mort apparente.

M. Demantké, interne du service, pratique des tractions rytlimées de la langue ; deux injections de caféine et cinq injections d'éther sont faites, et on commence immédiatement les injections de sérum artificiel sous la peau. Elles sont continuées l'après-midi, et l'opérée en absorbe environ 300 grammes. Le lendemain matin, cette femme, qui avait été considérée comme morte, était dans un état satisfaisant ; la guérison s'est effectuée sans encombre. Opérée le 13 juillet 1895, elle a été revue le 2 jan-

vier 1896 ; il ne lui reste plus qu'une petite fistulette insignifiante.

On pourrait multiplier les exemples ; mieux vaut donner ici le résumé de la technique opératoire, et tout d'abord le sérum employé est celui connu sous le nom de sérum de Hayem.

Voici sa formule :

Chlorure de sodium pur.......	5 grammes.
Sulfate de soude pur..........	10 —
Eau distillée..................	1 litre.

Ce liquide, par prudence, doit être stérilisé, et, pour cela, il faut le porter à l'ébullition dans un vase qu'on aura bien fait de stériliser au préalable, ou mieux dans le ballon, qui constitue une des parties de l'appareil le plus employé. C'est un ballon très mince, qui va facilement au feu sans se briser, fermé par un bouchon en caoutchouc à deux orifices qui laissent passer deux tubes en verre s'emmanchant sur deux tubes en caoutchouc : l'un communique avec une poire en caoutchouc destinée à établir une pression sur le liquide ; l'autre plonge dans le liquide et se termine par l'aiguille. Tout le tuyautage aura été porté à l'ébullition, et l'aiguille sera stérilisée avec soin, soit par le flambage, soit en la faisant bouillir ; mais les aiguilles en acier, d'un usage commun, se détrempent à la flamme de l'alcool ou se rouillent par l'ébullition ; on recommande donc de les maintenir dans le chloroforme.

Pour procéder à l'injection, il faut faire l'asepsie du champ opératoire comme si on procédait à une véritable opération, c'est-à-dire commencer par laver la partie au savon et à la brosse, la passer à l'éther et finir par un lavage au sublimé.

Ces injections sous-cutanées se font de préférence dans la région fessière, non loin de la hanche, ou sur la face externe de la cuisse. Il faut injecter lentement le liquide, sous peine de déterminer une trop grande tension des parties qu'on voit alors blanchir. On peut alors s'arrêter, laisser le liquide s'absorber sans enlever la canule, en fermant simplement un robinet, et recommencer au bout de dix à quinze minutes. On peut encore, dans un cas pressé, répéter l'injection dans un autre endroit.

Quand on n'a pas à sa disposition le dispositif dont nous venons de parler, on peut se servir d'une seringue hypodermique d'une capacité de 10 grammes, ou même, comme le conseille le professeur Duplay, laisser agir la pesanteur en mettant le réservoir à un mètre à peu près au-dessus de l'endroit où on a fait la ponction, et en laissant la canule à demeure jusqu'à absorption complète de la quantité de liquide qu'on se propose de faire absorber.

Comme on le voit, cette technique est des plus simples, à la portée de tout le monde, mais elle a l'inconvénient d'être un peu lente ; aussi, dans les cas menaçants, dans les hémorragies très graves, fait-on mieux d'avoir recours à l'injection intra-veineuse de sérum artificiel.

Elle a été faite nombre de fois dans ces conditions, et M. Jayle, dans la *Presse médicale* du 4 janvier dernier, en donnait encore trois exemples dans lesquels il a injecté chez un malade 900 grammes et, chez deux autres malades, 1,500 grammes d'un coup.

Voici en quelques mots la technique de l'injection intra-veineuse. C'est en général la veine médiane céphalique droite qui doit être choisie. Celle-ci est donc d'abord dénudée ; elle peut être fendue longitudinalement, et, par l'ouverture, on peut introduire la canule ou l'aiguille. Mais nous préférons le procédé préconisé par M. Lejars dans la *Presse médicale* du 1er janvier. Il commence par découvrir la veine, jette une ligature sur le vaisseau et le sectionne au-dessus de la ligature. La canule est introduite dans le bout supérieur et, une fois l'injection terminée, le bout supérieur est lié et la plaie réunie par deux points de suture. Si on a à pratiquer une nouvelle injection, on découvre soit une autre veine, soit la même, immédiatement au-dessus de la première incision, et en remontant suivant l'axe du bras ; on a ainsi un vaste champ opératoire.

Qu'il s'agisse d'un procédé par section ou par incision de la veine, il y a des règles générales qui sont toujours les mêmes : asepsie complète de l'appareil instrumental quel qu'il soit, de la plaie et surtout la mise en pratique des précautions nécessaires pour empêcher l'entrée de l'air dans la veine ouverte. Pour éviter ce léger accident, qui n'a pas les moindres conséquences quand quelques bulles d'air pénètrent en petit nombre au début de l'injection, il faut avoir soin de purger l'appareil employé de tout l'air qu'il contient et d'introduire rapidement la canule dans la veine, qu'on pourra alors légèrement comprimer.

On peut se servir, pour les injections intra-veineuses du dispositif que nous avons décrit plus haut (ballon à double tubulure) ; mais il est un appareil encore plus simple, qui consiste à utiliser la pesanteur et à se servir d'un bock stérilisé avec ajutage en caoutchouc, toujours sérilisé, terminé par une canule. On choisira dans l'appareil Dieulafoy, qui est en la possession de tous les praticiens, la canule d'un diamètre suffisant pour entrer facilement dans la veine céphalique qui, il faut le savoir, dans les cas d'hémorragie, est légèrement affaissé.

Quelles sont les quantités de sérum artificiel qu'on peut ainsi injecter ? Elles sont considérables. Il faut d'abord savoir ce qu'on peut injecter d'un coup, et combien de fois cette dose pourra être répétée.

La dose maxima poussée jusqu'ici en une seule

fois dans une veine a été de deux litres; on peut donc se tenir entre un litre et deux, c'est-à-dire dans une moyenne de 1,500 grammes. L'injection devra être, bien entendu, faite sous petite pression. Elle n'est pas douloureuse, mais quelquefois la respiration devient un peu plus pénible vers la fin de l'injection.

Combien de fois peut-on répéter une pareille injection par jour? deux à trois fois, et rappelons que M. Lejars a injecté en neuf jours, dans le système veineux de son malade, environ 26 litres de sérum artificiel, et qu'il est arrivé à le guérir.

Ces doses massives ne sont pas nécessaires dans les hémorragies, elle ne trouvent leur indication que dans la thérapeutique des injections. On fait ainsi un véritable lavage du sang, et en somme on est là en possession d'une méthode de traitement contre des accidents qui jusqu'ici étaient au-dessus des ressources de notre art.

Cette méthode n'est pas nouvelle puisqu'elle a déjà été indiquée par les physiologistes, mais son application n'est pas encore entrée dans la pratique. Elle est inoffensive, par les procédés de stérilisation que nous possédons aujourd'hui, et elle nous paraît appelée à jouer un rôle important dans la thérapeutique des infections péritonéales.

Comment agit-elle? en provoquant de larges éliminations de toxines par les principaux émonctoires et particulièrement par le rein; l'intestin se charge aussi d'éliminer les microbes; mais comme ce sont les infections péritonéales qui sont surtout passibles de ce traitement et que souvent elles sont sous la dépendance d'une lésion du tube digestif; celui-ci devra être ménagé, et il est quelquefois nécessaire d'administrer de l'opium pour s'opposer au flux intestinal qui peut s'opposer par exemple à la cicatrisation d'une ligne de sutures.

Comme on le voit, c'est surtout le rein qui travaille, et son action est nettement marquée par la quantité considérable des urines émises. La méthode a donc surtout des chances de réussir chez les individus jeunes qui ont des reins indemnes. Aussi, chez ces derniers, M. Lejars n'a-t-il jamais noté la présence d'albumine dans les urines.

Chez les personnes âgées, et surtout chez celles qui ont des reins douteux, cette thérapeutique est plus hasardeuse, mais elle devra néanmoins être mise en usage, car il faut se dire qu'elle s'attaque à des accidents tellement graves par eux-mêmes qu'il est nécessaire de tout tenter, la mort étant, à peu près, sinon toujours, certaine.

EUGÈNE ROCHARD.

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire de médecine opératoire est déclarée vacante.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

L'état sanitaire en 1895. — Assainissement de la Bièvre en amont de Paris.

L'état sanitaire de l'Europe a été très satisfaisant pendant le cours de l'année 1895. Aucune épidémie ne l'a ravagée, et les menaces de choléra qui se sont produites à deux reprises du côté de la mer Rouge n'ont pas été suivies d'effet.

En France, cette heureuse situation s'est traduite par la diminution très notable des deux maladies infectieuses les plus meurtrières après la phtisie : la fièvre typhoïde et la diphtérie.

La diminution de la fièvre typhoïde a été générale en France, malgré quelques épidémies de casernes dues à des causes locales; elle a causé près de moitié moins de décès qu'en 1894.

La statistique sanitaire que, le ministère de l'Intérieur publie sous la forme de *Bulletin mensuel*, donne les chiffres suivants, pour les cinquante-huit villes de France réunissant plus de 30,000 habitants. Pendant le premier semestre de 1894, la fièvre typhoïde y a causé 1,189 décès; elle n'en a déterminé que 643 pendant la période correspondante de l'année 1895.

Paris est compris dans cette statistique, et c'est le point de la France où la diminution a été le plus sensible. Au lieu de 758 décès par fièvre typhoïde enregistrés l'année précédente, il n'y en a eu que 298 en 1895.

Nous sommes bien loin, on le voit, des chiffres que j'enregistrais il y a dix ans; des années normales qui dépassaient 2,000 décès par fièvre typhoïde; des années épidémiques, comme 1882, qui en enregistraient 3,352. Sans remonter aussi loin, je rappellerai que de 1880 à 1894, la mortalité annuelle par la fièvre typhoïde a été, en moyenne, de 1,417 (1), chiffre cinq fois plus élevé que l'an dernier.

J'ai si souvent signalé les causes de cette amélioration dans la santé publique, que je ne veux pas y revenir. Il est bon de répéter pourtant que c'est le résultat des mesures d'assainissement qui ont été prises à Paris, et surtout de la vulgarisation des préceptes d'hygiène en ce qui concerne les eaux potables.

Sous l'influence des mêmes efforts, les ravages de la fièvre typhoïde commencent à s'atténuer sur certains points de la banlieue et notamment à Saint-Ouen. Le Dr Dubousquet-Laborderie a fait sur ce sujet une communication intéressante à l'Académie de médecine, le 3 décembre dernier. On sait que les

(1) JULES ROCHARD : Diminution de la fièvre typhoïde à Paris. (Communication à l'Académie de Médecine. Séance du 30 janvier 1894.)

eaux potables distribuées à cette commune sont les plus souillées de toutes celles que fournit la Compagnie des eaux. On y enregistre couramment quatre millions de bactéries par centimètre cube.

En attendant qu'on puisse en donner de meilleure à cette population déshéritée, les médecins de la localité ont voulu tenter de préserver au moins les enfants de la fièvre typhoïde. Il ont fait en 1892, installer, dans les écoles, des filtres à sable très simples, mais bien surveillés. La fièvre typhoïde a diminué sensiblement parmi les élèves ; on a établi l'année suivante, dans tous les quartiers, de grands filtres de même espèce, pouvant produire une épuration de 98 %. Les médecins ont de plus fait des conférences, distribué de petites brochures aux habitants, qui les ont lues avec grand intérêt, et la fièvre typhoïde a diminué dans la commune tout entière. Elle est entrée également dans une période de décroissance à Saint-Denis, depuis qu'on y boit de l'eau de puits artésien, et à Aubervilliers, depuis qu'on y distribue de l'eau de la Marne.

La diminution du nombre des décès par diphtérie est le résultat prévu de la découverte de la sérothérapie et de la distribution à toute la France du sérum antidiphtérique. Elle a été démontrée par la statistique, et les chiffres produits à la tribune de l'Académie de médecine, par M. Henri Monod, le 17 décembre 1895, sont aussi probants que possible. Ils portent sur les 108 villes de France, comptant plus de 20,000 habitants, qui fournissent au ministère de l'Intérieur des statistiques régulières et représentant une population de 8,150,000 habitants. Pendant le premier semestre des sept années antérieures à 1895, le nombre moyen des décès par diphtérie avait été de 2,627; pendant le premier semestre de 1895, il n'a été que de 904 (diminution 65,6 pour 100). L'abaissement du chiffre de la mortalité diphtérique a été progressif du 1er janvier au 30 juin. Dans le premier mois, on a encore enregistré 205 décès ; dans le dernier, on n'en comptait plus que 84 (1).

Le même résultat s'est produit à Paris ; il n'y a eu, dans toute l'année, que 473 décès par diphtérie, tandis que la moyenne des quatre années précédentes avait été de 1,383 ; c'est donc une réduction de près des deux tiers ; mais elle ne s'est pas manifestée avec la même régularité progressive que dans la France prise dans son ensemble. Ainsi le mois de janvier n'a eu que 17 décès par diphtérie, et celui de décembre en a compté 62. Il est vrai que nous subissons, en ce moment, une recrudescence qui s'est traduite, pendant la dernière semaine de l'année, par le chiffre de 23 décès ; c'est le plus élevé qui ait été enregistré.

— La Bièvre est devenue, depuis quelques années, un véritable foyer d'infection ; les gaz qui s'en dégagent sont tellement riches en acide sulfhydrique qu'ils noircissent la peinture et attaquent les métaux. Cette souillure tient au nombre considérable d'usines établies sur ses bords. Du département de Seine-et-Oise à la Croix-de-Berny, l'eau est déjà couverte de traces savonneuses et bulleuses. Elle reçoit là les eaux de quatre buanderies, puis vient la féculerie d'Antony qui produit de 700 à 750 mètres cubes par jour d'eaux résiduaires. Elle les déverse, il est vrai, sur des champs d'épandage ; mais ils sont insuffisants comme étendue, situés en contre-bas de la Bièvre, et les eaux, après avoir formé des mares infectes en ce point, écoulent leur surplus dans le bras mort de la rivière. Lorsqu'il rejoint celle-ci à la Croix-de-Berny, son eau fermente visiblement et laisse échapper des bulles de gaz. La Bièvre recueille alors les eaux sales des buanderies d'Arcueil-Cachan, qui sont au nombre de 135, dont 11 seulement se déversent à l'égout. Puis viennent les établissements industriels de Gentilly, comprenant 16 mégisseries, 29 buanderies et lavoirs, 2 lavages de bourres et laines, 1 aplatissage de cornes et 2 abattoirs ; en tout, 180 établissements plus ou moins insalubres qui déversent leurs liquides infectes dans cette petite rivière.

Il y aurait de quoi empoisonner un fleuve. Aussi, les riverains ne cessent pas de se plaindre, et tout récemment, ils ont adressé une pétition nouvelle au Conseil général, qui l'a accueillie dans sa séance du 20 novembre 1895, et l'a renvoyée à l'examen de l'Administration. Celle-ci en a saisi le Conseil d'hygiène, et le 6 décembre, M. Michel Lévy lui a donné lecture de son rapport, qui n'est pas rassurant.

Les plaintes des riverains de la Bièvre ne sont, dit-il, que trop fondées ; mais elles tiennent à des causes trop multiples, et touchent à des questions trop complexes pour qu'on puisse avoir l'espoir d'y remédier par des mesures administratives, d'une application immédiate.

Il est possible, toutefois, d'atténuer le mal, en interdisant l'établissement de nouvelles usines insalubres sur le bord de la rivière et, comme elle est plus souillée que l'eau des égouts de Paris, de la couvrir, comme eux, dans la plus grande partie de son parcours, et notamment au droit des agglomérations urbaines. Cette solution, vers laquelle convergent les efforts dans Paris, s'y heurte à des difficultés de toute sorte ; elle en rencontrera davantage encore dans la banlieue, où elles seront accrues par le nombre des usines et par l'exiguïté des ressources des municipalités. On pourrait toutefois, autoriser,

(1) Henri Monod : Communication sur la diminution de la mortalité par la diphtérie en France depuis l'emploi du sérum antidiphtérique. (Académie de médecine, séance du 17 décembre 1895.)

dès à présent ceux des riverains qui le désirent, à couvrir la rivière, à leurs frais, au droit de leurs propriétés.

Il serait désirable d'augmenter autant que possible, le débit actuel de la rivière, soit en y déversant comme autrefois, les étangs de Sacley, soit en débouchant les anciens puits artésiens, soit même en en forant de nouveaux. Enfin, comme le demandait déjà Poggiale, en 1875, dans un rapport au Conseil d'hygiène, sur le même sujet, il est indispensable de renoncer à déposer, comme on le fait aujourd'hui, sur les bords de la rivière, les 9,000 mètres cubes de boue que produit son curage annuel, et que les pluies y font retomber en grande partie. Il serait indispensable aussi de proscrire les dépôts d'immondices qui se font sur ses rives.

Ces conclusions ont été adoptées par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, à la séance du 20 décembre 1895. JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Les journaux anglais nous donnent quelques cas intéressants de chirurgie des artères.

C'est ainsi qu'à London Hospital, M. J. HUTCHINSON a opéré un cas remarquable d'hémorragie extradurale. Il s'agissait d'un cas de **rupture traumatique de l'artère méningée moyenne.** Un enfant de neuf ans tombe en se balançant sur l'angle d'une boîte et peut retourner à pied chez ses parents; trois heures après apparaissent des symptômes de compression, respiration de Cheyne Stokes, paralysie des jambes; puis, plus tard, dilatation des pupilles.

Le diagnostic d'hémorragie méningée fut fait, mais la difficulté était de savoir de quel côté était la rupture, car aucun signe local ne pouvait le montrer, comme la pupille gauche était plus dilatée que la droite, c'est de ce côté qu'intervint M. Hutchinson, décidé à se porter à droite s'il ne trouvait rien à gauche.

Le trépan fut appliqué au niveau du centre moteur des jambes et la rondelle enlevée, les caillots apparurent; la brèche fut agrandie et l'hémorragie se fit jour à l'extérieur; le point qui donnait fut impossible à trouver et le chirurgien dut lier la carotide externe; l'hémorragie cessa immédiatement, les caillots furent enlevés et la plaie fut pansée antiseptiquement, mais l'enfant mourut quatre heures plus tard.

L'autopsie montra des choses intéressantes, tout d'abord, il n'existait pas de fracture du crâne et c'était la branche postérieure de la méningée moyenne qui avait été rompue.

Ces cas de rupture méningée sont très rares et s'expliquent difficilement, surtout chez l'enfant dont les artères sont souples et sains.

Citons encore la **ligature de l'artère et de la veine fémorales**, pratiquée par M. WALLACE et rappelée à la *Société clinique*. Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans qui, en tombant d'une hauteur de six mètres sur une grille en fer, s'était enfoncé une pointe de seize centimètres de longueur à la partie interne de la cuisse. Le fragment, brisé, comprimait l'artère et la veine fémorales; il fut extrait. Le fémur était intact, mais la plaie devint septique et, au cinquième jour, l'artère céda. Elle fut liée au-dessus et au-dessous et réséquée sur une longueur de sept centimètres. La veine s'étant ouverte, on la lia en deux endroits, en réséquant la partie intermédiaire. Malgré cette double ligature, le malade a parfaitement guéri. Aujourd'hui on peut sentir facilement les pulsations des deux tibiales antérieure et postérieure.

Comme la discussion qui a suivi cette communication le faisait remarquer, autrefois il eut fallu, dans un cas pareil, procéder à l'amputation. Aujourd'hui, grâce aux méthodes antiseptiques, qui conjurent l'infection descendante, grâce aux précautions prises pour réchauffer le membre, la circulation collatérale se rétablit et on évite même les gangrènes partielles.

Les faits de **fixation du foie dans les cas d'hépatoptose** ne sont pas encore assez fréquents pour qu'il ne soit pas utile d'en citer de nouveaux exemples. C'est dans le *compte rendu d'octobre 1895, de la Société de chirurgie de Moscou* que nous le rencontrons.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, qui souffrait depuis une vingtaine d'années de crises dans le côté droit; elle avait de temps en temps des poussées ictériques, sans qu'on ait su au juste à quoi les attribuer. Deux ans auparavant, sous l'influence d'un traumatisme, dit la malade, le foie aurait augmenté de volume. Il remontait à deux travers de doigt au-dessus de sa limite normale et descendait a un travers de mains au-dessous de l'ombilic, au moment de l'intervention. La gène de la marche, l'impossibilité de s'asseoir, de se coucher sur le côté gauche, sans provoquer de violentes douleurs, engagèrent M. BOBROV à pratiquer une hépatopexie. L'incision de la paroi pratiquée, on trouva un foie d'aspect normal, adhérent au grand épiploon qui englobait une vésicule en apparence saine. La fixation se fit au moyen de deux fils de soie très forts. Le premier fil fut passé à travers toute l'épaisseur du foie, au

moyen de deux aiguilles qui le transfixant en deux points, distants de 4 centimètres, vinrent le fixer au cartilage de la neuvième côte. Le second fil traversa aussi le foie perpendiculairement au précédent, et les deux bouts furent attachés au-dessus de la neuvième côte, qui joua le rôle d'une sorte de poulie de traction. La surface du foie fut alors grattée avec la pointe de l'aiguille afin d'amener des adhérences secondaires avec le diaphragme. Les suites opératoires furent nulles.

Pendant quelques semaines, lors des grandes inspirations, la côte fut attirée en bas, mais au bout de trois mois cet inconvénient s'amenda et la guérison des douleurs fut définitivement obtenue. Une année après, le foie restait dans la même position, ne dépassant que de trois travers de doigts le rebord costal. Il y avait eu pourtant des poussées d'ictère nouvelles.

Pour ne pas quitter la cavité abdominale, citons les conclusions de la thèse passée à Lyon par M. Caujole, sur la **pyloroplastie ou opération de Hemecke et Mikulicz.**

On sait que cette pyloroplastie a pour but de refaire, en l'agrandissant, un pylore suffisant pour le passage des aliments, et que cet agrandissement s'obtient à l'aide d'une incision faite dans l'axe du pylore et suturée dans le sens perpendiculaire à cet axe.

Cette intervention est encore nouvelle en France, où elle n'aurait été pratiquée, suivant M. Caujole, que six fois. Toujours est-il, voici d'après le *Lyon médical* les conclusions de cet intéressant travail :

« La pyloroplastie est indiquée dans la plupart des cas de sténose cicatricielle pylorique, que cette sténose soit consécutive à un ulcère, à l'ingestion de liquide corrosif, caustique, à un traumatisme, etc. — Elle trouve également ses indications dans les rétrécissements spasmodiques et par hypertrophie pariétale du pylore.

« Elle est contre-indiquée dans tous les cas de sténose néoplasique, dans les cas où des lésions de nature suspecte existent en un point quelconque de l'estomac ou du duodénum, indépendamment des formations cicatricielles.

« Elle est encore contre-indiquée quand ces formations sont trop volumineuses; parfois aussi quand il existe des adhérences péritonéales trop anciennes et trop épaisses.

« Sur ces 90 pyloroplasties, nous comptons 50 hommes et 40 femmes. L'âge moyen de ces opérés était. pour les hommes, de 30 ans; pour les femmes, de 26 ans.

« Sur nos 90 pyloroplasties, il y a eu 17 morts. Ces 17 morts sont particulièrement instructives; interprétées, elles ne sauraient, en effet, assombrir comme à première vue le pronostic de cette intervention, que nous considérons comme simple et innocente.

« Deux malades en effet sont morts d'adynamie prolongée. Quatorze ont succombé à des accidents indépendants de l'opération. Un seul opéré est mort de péritonite.

« L'opération doit donc être considérée comme bénigne, sans danger réel, et ici encore, comme nous le faisait remarquer M. Poncet, les accidents mortels sont imputables à l'ancienneté de la lésion, à l'affaiblissement plus ou moins grand des malades, en un mot, à des causes intrinsèques à l'acte opératoire.

La conclusion nette qui découle de cette statistique est donc de ne pas trop attendre et de soumettre à à la pyloroplastie, de bonne heure, les malades dont l'état s'aggrave ou reste stationnaire malgré un traitement médical méthodique.

« Les résultats opératoires sont des plus satisfaisants; ils se répartissent en effet dans la proportion suivante : Pyloroplasties prises en bloc, résultats envisagés depuis un mois jusqu'à quatre ans : 5 récidives (sténoses cicatricielles), 1 récidive temporaire (sténose spasmodique).

« 68 guérisons visant : 56 cas de sténose cicatricielle; 4 cas de sténose spasmodique; 2 cas de sténose traumatique; 6 cas de sténose fibreuse. »

Rapprochons de la pyloroplastie, **la dilatation du pylore par la méthode de Loretta**. Nous trouvons dans le *Wratch* de 1895, une observation curieuse de M. A. Podrèze, qui est d'avis que ce procédé est inoffensif et doit être appliqué à tous les cas de sténose bénigne. Voici cette observation :

Un homme de trente-quatre ans, entré dans son service, se plaignait de troubles gastriques, dont il souffrait déjà depuis huit ans. Au début, il n'éprouvait que des brûlures le long de l'œsophage et des éructations, mais bientôt s'ajoutèrent des gastralgies avec vomissements et constipation ; il y a deux ans, le malade eut une hématémèse. L'état général est devenu mauvais, le malade, très amaigri, affaibli, est incapable de travailler.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on trouve à l'examen une dilatation considérable de l'estomac; en outre, dans la région pylorique et dans la profondeur, on sent une sorte de cordon allant obliquement en bas et à gauche. Le suc gastrique est riche en acide lactique et ne contient que des traces d'acide chlorhydrique.

La laparotomie est pratiquée, et on trouve les parois gastriques, au voisinage du pylore, épaissies, ressemblant à du tissu cicatriciel et adhérant en arrière au pylore, en avant au duodénum. Cette cica-

trice englobe la partie initiale du duodénum et le ligament duodéno-hépatique avec les vaisseaux et conduits biliaires. Ne pouvant séparer les organes adhérents, l'auteur incise l'estomac et explore sa surface interne. Il peut alors constater l'existence d'un ulcère rond, situé au voisinage du pylore. Les adhérences et les épaississements correspondent a cet ulcère. L'orifice pylorique, très étroit, laissait à peine passer la sonde cannelée; aussi pratiqua-t-on la dilitation, d'abord instrumentale, puis digitale, jusqu'à rendre l'orifice complètement perméable. Ensuite, M. Podréze *curetta l'ulcère* avec la curette tranchante, et sutura les plaies gastrique et abdominale.

Les suites opératoires furent des plus simples, et le malade quitta l'hôpital au bout de deux mois. Depuis l'opération, le malade ne souffre presque plus, si ce n'est après des excès de table; il a eu ainsi deux fois des vomissements. L'appétit est revenu; le poids du corps a augmenté de 30 livres, et l'opéré, revu cinq mois après l'intervention, était toujours en parfaite santé.

Terminons cette revue par quelques cas de *sérothérapie*. Nous trouvons dans le *Deutsche med. Wochenschuft* (1895), la question du **traitement des tumeurs malignes par la méthode de MM. Emmerich et Scholl,** c'est-à-dire à l'aide d'injections de liquide érisypélateux.

M. Th. Schüler, très enthousiaste de la nouvelle méthode, rapporte une observation.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, atteinte d'une tumeur au sein droit, aussi grosse au moins que le poing, et adhérente au grand pectoral. Trois ans auparavant, M. Schüler avait diagnostiqué un cancer du sein, et conseillé l'ablation; mais cette femme, redoutant une opération, s'était mise entre les mains d'un autre médecin qui, pendant deux ans et demi, lui avait fait espérer la résorption du mal à l'aide de moyens médicaux, mais elle revint à la chirurgie.

M. Schüler, en une semaine et demie, lui injecta 28 centimètres cubes de sérum anticancéreux. Les premiers jours, il se fit un peu de rougeur érisypélateuse locale, et la température monta à 37°,9. Le dixième jour, il survint de la fièvre (38°), une rougeur intense, des douleurs vives et de la fluctuation. Une incision évacua un quart de litre de pus. La suppuration persista huit jours, et la tumeur se réduisit à une masse grosse comme un œuf de pigeon, dure et non douloureuse; la plaie se ferma, et il s'écoula encore quelque temps de la sérosité par le mamelon.

La tumeur continua à diminner à ce point que sa disparition totale ne fait pas de doute. Dès à présent les douleurs ont cessé; la malade se porte très bien: et, en deux semaines, elle a augmenté de quatorze livres.

Comparativement, il rapporte en quelques mots l'observation d'une femme qu'il avait à traiter au même moment pour un cancer du sein, plus petit, non adhérent, peu douloureux. Il en a fait l'ablation. Les suites opératoires ont été bonnes, mais cette malade a encore besoin d'un pansement.

Il est très difficile de se prononcer sur des faits de cette nature. En tous cas, ce qu'on peut dire, c'est que la malignité de cette tumeur n'était pas des plus considérables, puisqu'au bout de trois ans elle était encore opérable, et on regrette toujours dans ces cas, qu'un examen histologique pratiqué sur un fragment de la tumeur n'ait donné un diagnostic certain.

Dans le même recueil, nous trouvons de nouveaux faits de MM. Emmerich et Zimmermann, qui ont un peu modifié le traitement, dont voici à l'heure actuelle la technique :

Pendant cinq ou six jours, ils font dans la tumeur une injection quotidienne de sérum à dose graduellement croissante : 1/2, 2, 4, 6, 8, 10 centimètres cubes. Il en résulte une réaction caractérisée par du gonflement, une rougeur érysipélateuse et une fièvre modérée. Puis les injections sont suspendues pendant un temps qui varie de quatre à huit jours, et ensuite une nouvelle série est pratiquée, si cela est nécessaire.

Pour ses auteurs le traitement est toujours avantageux, car il arrête l'accroissement du mal et calme les douleurs. Quand la tumeur est récente et peu volumineuse (jusqu'au volume d'un œuf d'oie), on voit le sérum provoquer sa diminution et même sa disparition complète. Lorsque le traitement a été longtemps continué, et que le résultat est incomplet, il faut suspendre la médication pendant quelques semaines et recommencer. Dans les cas graves et menaçants, après des injections fortes de sérum, on a pratiqué des inoculations avec des streptocoques érysipélateux virulents; cette pratique n'est pas dangereuse, car, par suite de l'immunisation acquise, l'érysipèle ainsi provoqué reste bénin.

Voici quelques observations résumées dans ce travail: c'est d'abord un cancer des deux seins dont l'un fut enlevé et récidiva; la sérothérapie amena la diminution de la tumeur, l'amélioration de l'état général et la disparition des douleurs; de même dans un cancer inopérable du sein. Chez un homme atteint de cancer de la langue avec adénopathie, l'inoculation de streptocoque très virulent détermina un érysipèle qui fit disparaître les ganglions du cou.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'un sarcome de la cuisse opéré plusieurs fois et toujours récidivé; la sérothérapie permit de conserver le membre, mais combien de temps? Enfin un sarcome

de la joue diminua aussi beaucoup de volume, sous l'influence du même traitement; une ulcération se serait même guérie.

Si, toujours dans le *Deutsche med. Vochemli*, nous écoutons M. Remeboth, lui n'est pas favorable à la méthode; il a traité par le sérum anticancéreux un sarcome récidivé du sein et n'a obtenu aucune amélioration.

Pour rester sur le terrain de l'érysipèle, terminons par la communication à l'Académie des Sciences du travail de M. Chantemesse sur l'application de la sérothérapie au traitement de l'érysipèle.

M. Chantemesse a soigné dans son service, du 25 décembre 1894 au 25 décembre 1895, 1,055 érysipélateux; 34 sont morts : mortalité, 3,22 %. Ce chiffre total de mortalité doit être décomposé en fractions d'après le traitement suivi par les malades.

Traitement ordinaire. — 1° Purement symptomatique (du 25 décembre 1893 à fin février 1895) : 145 malades, 5 morts. Mortalité, 3,45 %.

2° Traitement par la méthode systématique des bains froids (1er juillet au 18 novembre). 2,600 bains ont été donnés jour et nuit : 409 malades, 16 morts. Mortalité, 8,91 %.

Total : 554 malades. Mortalité moyenne, 3,79 %.

Traitement par le sérum antistreptococcique (de Marmorek). — 1° Sérum efficace d'une force préventive de 1 p. 7,000 (mars, avril, mai) : 297 malades, 5 morts. Mortalité, 1,70 %.

2° Le sérum efficace manque, on utilise un sérum faible d'une force préventive de 1 p. 2,000 (juin) : 107 malades, 7 morts. Mortalité, 6,54 %.

3° Sérum très efficace d'une force préventive de 1 p. 30,000 (du 18 novembre au 25 décembre) : 97 malades, 1 mort. Mortalité, 1,03 %.

Total : 501 malades. Mortalité, 2,59 %.

Le traitement exclusif par la sérothérapie a donc fourni une proportion de guérisons plus grande que celle que donnaient les autres méthodes thérapeutiques réputées les meilleures.

Une remarque doit être faite tout d'abord, c'est que le bénéfice de ce mode de traitement est en raison directe de la force préventive du sérum, fixée par l'expérimentation sur les animaux.

Avec un sérum plus fort, le chiffre de la mortalité doit s'abaisser encore.

Le prix d'une épidémie. — L'an dernier, une épidémie de fièvre typhoïde sévit à Mit Rinfrewschire, petite ville anglaise; elle atteignit 859 personnes, et fit 74 victimes. Un médecin de la localité, M. Munro, a calculé ce qu'elle avait coûté à la commune, en tenant compte des pertes subies par le chômage des ouvriers, des frais causés par la maladie, soit à l'hôpital, soit à domicile, et enfin la valeur de chacune des vies éteintes. Il est arrivé au chiffre de 512,000 fr. *Ab uno disce omnes.*

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janvier 1896

M. Empis, président sortant, résume les travaux de l'Académie pendant l'année; puis il invite M. Hervieux, président pour l'année 1896, à le remplacer au fauteuil.

M. Hervieux remercie l'Académie.

— M. Artaud lit une note sur l'action favorable de la teinture de marrons d'Inde contre les hémorrhoïdes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'est la première séance de 1896, et il y a à peu près un mois que la Société est en vacances par suite des congés de Noël et du premier de l'An; aussi a-t-on beaucoup de choses à se dire. Il faut, de plus, faire l'élection du président, du vice-président, des secrétaires, et il reste peu de temps pour les communications.

Adressons de suite nos compliments à M. Monod, le nouveau président, à M. Delens, élu vice-président, à MM. Quénu et Nélaton, les secrétaires nommés, et à MM. Schwartz, économe, et Brun, archiviste, réélus par acclamation.

C'est la communication de notre ami Michaux qui a été le clou de la séance, et, revenant sur la question de la *thérapeutique de la septicémie*, il a dit d'excellentes choses que nous allons résumer, et qui montrent le tempérament d'un chirurgien qui s'acharne à sauver ses malades et qui lutte jusqu'à la dernière minute.

Il monte à la tribune avec quinze observations d'injections de sérum artificiel, dont il ne veut citer à la Société que les plus intéressantes, au nombre de deux, dans lesquelles le liquide a été poussé dans les veines.

Dans un premier cas, il s'agit d'une femme grasse, légèrement diabétique, sur laquelle fut pratiquée une hystérectomie vaginale pour un fibrome remontant presque à la ligne ombilicale. Au deuxième jour, l'opérée fut prise d'accidents infectieux; la température monta un peu d'abord, puis descendit ensuite pour tomber jusqu'à 35°,9. Les pinces enlevées ainsi que les tampons, la péritonite continua à évoluer avec des symptômes de pseudo-occlusion intestinale. L'abdomen fut couvert de quatre vessies remplies de glace, des lavements furent donnés, et une injection de sérum artificiel de 1,000 grammes fut pratiquée dans la veine médiane céphalique. Deux heures après cette injection, la température atteignait 39°; la réaction s'opérait. Des injections de 50 à 100 grammes furent pratiquées les jours suivants, des purgatifs administrés; bref, M. Michaux sauva sa malade.

Il en fit de même dans sa deuxième observation. Ici, on eut à combattre des phénomènes septiques, consécutifs à l'extirpation d'un pyosalpynx. Deux injections intra-veineuses de 1,000 à 1,500 grammes furent faites, et, de plus, M. Michaux draina le cul-de-sac postérieur, et, par le drain abdomino-vaginal ainsi placé, fit des lavages à l'eau salée.

Bref, le résumé de sa statistique donne 5 guérisons complètes sur 15 malades mourantes, et toujours l'amélioration a suivi la thérapeutique instituée.

M. Michaux insiste sur cette thérapeutique et sur la technique opératoire. Il se sert du liquide de Hayem, mais quand il n'en a pas sous la main, il emploie le sel

marin ordinaire dissous dans l'eau par la proportion de 8 grammes pour un litre.

Il dénude la céphalique ou la basilique, se sert de l'aiguille-trocart n° 2 de Potain, pince la veine, avec une pince hémostatique, en dessous de la veine qu'il ouvre immédiatement au-dessus de la pince, et introduit la canule en s'opposant, le plus possible, à l'entrée de l'air.

M. Michaux n'a jamais eu d'accidents immédiats, il a noté, comme ses collègues, un peu de dyspnée quand l'injection était poussée trop vite, une diurèse survenant deux heures après l'injection et coïncidant avec le relèvement du pouls, quand le succès doit être obtenu. Mais il a craint de dépasser 5 à 6 litres en vingt-quatre heures, quoiqu'il ait poussé 2,000 grammes de liquide dans une veine, d'un seul coup; mais, dans ce cas, il a noté des vomissements séreux immédiats.

Une seule fois, une de ses malades ainsi injectée est morte d'embolie pulmonaire; mais cette embolie était sous la dépendance de lésions cutanées.

M. Michaux rappelle ensuite cinq observations d'injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pour lui, il y aurait intérêt à élargir le débat et à discuter le traitement de la péritonite septique. Il est d'avis d'employer contre ces accidents mortels, non seulement les injections de sérum, mais encore la glace, les purgations. Il s'est loué plusieurs fois de réouvrir l'abdomen le deuxième et le troisième jour, et de pratiquer des lavages péritonéaux à l'eau salée, lavages qui, pour lui, auraient un effet analogue à celui d'injections intra-veineuses.

M. Monod monte ensuite à la tribune et donne des détails sur les observations dont il a déjà parlé. La quantité de liquide qu'il a injectée a varié de 1,000 à 3,300 grammes par vingt-quatre heures, les injections étant de 1,600 grammes. C'est surtout contre les hémorragies qu'il a dirigé ce traitement; mais une fois, dans un cas de hernie étranglée avec accidents septiques, les injections lui ont paru être d'un bon effet.

Quant à M. Routier, il n'est pas aussi enthousiaste; il a fait une injection intra-veineuse dans un cas d'hémorragie grave, ce qui n'a pas empêché la malade de mourir deux heures après.

M. Felizet a fait un intéressant rapport sur un travail de M. Gaillard, dentiste à Saint-Antoine. Il s'agit du traitement de l'*antéversion des dents* déterminant du prognathisme. M. Gaillard, au redressement brusque, oppose la méthode plus sûre et plus efficace du redressement lent et progressif fait avec un appareil spécial.

Signalons encore une lecture de M. Mignon sur un cas d'*occlusion intestinale déterminée par l'étranglement de l'intestin dans une fossette duodénale*, et la présentation de deux malades atteints d'anévrisme poplité supérieur, et guéris par M. Schwartz à l'aide de la ligature d'Anel.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. Conchon a rapporté un cas de *mort à la suite de l'administration de l'iodure de potassium* à doses thérapeutiques chez un goitreux. Dans cette observation, on voit un homme bien portant être atteint de cachexie iodique après quinze jours d'administration d'iodure de potassium (pommade indurée, 6 gr. pour 30 d'axonge; KI, 4 gr. par jour). Les accidents d'intolérance (coryza, vomissements, diarrhée) cessent après la suppression du médicament, mais l'amaigrissement, les palpitations, le tremblement, ne font que s'accentuer, et le malade mourut un mois après; le goitre était complètement disparu. Les cas de ce genre sont heureusement fort rares; il ont été observés en Suisse et signalés surtout par les médecins de Genève, toujours chez des goitreux. M. Conchon se demande si les accidents, chez ces malades, ne sont pas dus à la fonte rapide des glandes thyroïdes. Son sujet lui a paru atteint d'une sorte de cachexie strumiprive à marche rapide.

— M. Delpech a présenté à la Société un produit antiseptique et analgésique puissant : la *ouate picrique*.

Cet acide a été, autrefois, préconisé par plusieurs médecins étrangers, surtout dans les colonies espagnoles et anglaises, comme un véritable fébrifuge. Il a été employé soit pur, soit à l'état de picrate de fer, à la dose de 2 milligrammes à 1 centigramme, en pilules. Comme son usage amenait chez le malade une coloration jaune de la peau, il n'a pas été continué, surtout en Europe. Maintenant, il ne s'emploie plus guère qu'en teinturerie et en pyrotechnie.

C'est un acide faible, cristallisé en aiguilles jaune clair, brillantes, peu solubles dans l'eau chaude à 80 degrés, solubles dans l'alcool, l'éther.

Tout dernièrement, le Dr Thiéry, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, a communiqué les résultats obtenus avec les solutions d'acide picrique dans le traitement des brûlures. Son expérimentation a été faite à l'hôpital de la Charité, dans le cours de M. le professeur Tillaux.

Le Dr Thiéry a observé sur de nombreux malades atteints de brûlures l'action analgésique puissante, et, en même temps antiseptique de l'acide picrique. Son emploi a été des plus satisfaisants, sans toxicité et sans inconvénient, si ce n'est la coloration jaune de la peau; ce qui, après la guérison, se répare seul ou à l'aide de décolorants : eau oxygénée, eau chlorée.

Comme l'obtention de solutions picriques présente quelque lenteur à cause de son peu de solubilité, M. Delpech a été amené à chercher un moyen facile et pratique de son emploi.

Après divers essais, il a préparé, avec l'aide de M. Petit, la ouate picrique qu'il présente. Cette ouate a été obtenue en trempant de la ouate purifiée dans une solution saturée d'acide picrique. On fait ensuite sécher la ouate à l'étuve. De cette façon, on peut employer des carrés d'ouate picrique, qu'il suffit de tremper dans de l'eau, même froide, pour avoir un topique extemporané. L'application de cette ouate picrique atténue et supprime en quelques instants la douleur. On continue quelque temps les applications d'ouate toujours mouillée, et l'on obtient la guérison sans autre recours.

M. Delpech a pu observer, sur diverses personnes brûlées aux mains et aux bras par de la graisse, de la cire, du pétrole, l'efficacité de ce traitement si simple Par ce procédé, on peut avoir toujours sous la main un moyen facile de soigner les brûlures et d'empêcher toute douleur.

M. Vigier a rappelé que, en 1876, il a présenté à la Société de la ouate picrique.

— M. Cathlon a présenté quelques observations sur les *préparations thyroïdiennes les plus usitées*. On a employé, au début, un extrait glycériné préparé par la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval, et son efficacité démontre que le principe actif du corps thyroïde est contenu dans l'extrait.

Dans ces derniers temps, on a parlé de tablettes de corps thyroïde, sans dire comment elles étaient préparées. On peut les faire de deux manières, soit avec la poudre de corps thyroïde desséché, soit avec l'extrait préparé, en traitant la glande par l'eau distillée, dans les conditions

d'asepsie voulues, en évaporant le liquide filtré et stérilisé à basse température.

La graisse, assez abondante dans la glande, communique à la poudre une odeur de rance assez prononcée ; en outre, cette poudre doit être d'une conservation limitée. On évite ces deux inconvénients avec l'extrait.

Ce dernier se présente avec la belle couleur rubis du sang frais, qui écarte toute idée d'altération. Cette couleur se subsiste pas dans la poudre qui est grise.

La glande fournit 20 % d'extrait, et 27 à 28 % de poudre sèche.

En introduisant 5 centigrammes d'extrait dans une tablette, celle-ci présente donc 25 centigrammes de glande fraîche ; il faut 7 centigrammes de poudre pour correspondre à ce même poids de 25 centigrammes de glande.

Pour M. Ferrand, le corps thyroïde donné en nature est plus efficace que les préparations pharmaceutiques.

M. Berlioz a constaté que le corps thyroïde d'un mouton, qui pèse à peu près 1gr,50, produit environ 30 centigrammes de poudre que l'on peut administrer en capsules, et, deux de ces capsules, correspondant par conséquent à deux corps thyroïdes, ont moins produit d'effet qu'un seul corps thyroïde absorbé en nature.

M. Vigier fait connaître un moyen facile de conserver à la glande toutes ses propriétés.

Après avoir rappelé que M. Flourens, pharmacien à Bordeaux, en mélangeant le corps thyroïde rapidement avec du sucre, prépare des pastilles qui se conservent bien. M. Vigier indique que son procédé consiste à débarrasser la glande thyroïde de tous les corps étrangers qu'elle peut renfermer (graisse, kystes, abcès, etc.), à la pulper et à la mélanger immédiatement à du biborate de soude et à de la poudre de charbon, puis à diviser la masse en capsules de 10 centigrammes. La glande, ne subissant pas l'action de la chaleur, ne s'altère pas.

Depuis plus de deux ans, un grand nombre de médecins, MM. les Drs Besnier, Chauffard, Bucquoy, Béclère, etc., ont utilisé avec succès cette préparation.

L'expérience a encore démontré qu'en cet état la glande thyroïde conserve, pendant plusieurs années, les mêmes propriétés que la glande fraîche.

Les médecins préfèrent aujourd'hui administrer le corps thyroïde frais, mais il n'est pas toujours commode de se procurer cette glande. Il est donc important d'arriver à posséder une préparation pharmaceutique présentant la glande comme si elle était à l'état frais.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

NOMINATIONS

Voici le nom des nouveaux externes, qui entreront en fonction le 1er février prochain :

1. MM. P. Duval, Lœfer, Girard, Tridon, J. Aeitz, Bosvieux, Katz, Pécharmant, E. Guihal, Clavé.

11. E. Benoit, Gadaud, Gourand, Le Gambier, Assicot, Salomon, Mermier, Alexandre, d'Herbécourt, Grégoire.

21. Fossard, L. Legrand, Roubaud, Vivier, M. Heitz, P. Lebreton, Alquier, Legay, Bailey, Alglave.

31. Belgrand, Bender, Decherf, Méheut, Thoyer, Bernheim, Menu, Theuveny, Vaugean, Tissot.

41. Guillain, Guyesse, Regnard, Poujade, Clerc, Loin, Guessarian, Guenot, Fresson, Poulain.

51. Babonneix, Saurain, J. Desvaux, Balthazard, Bonfils, Larigaudry, Guéry, Chalochet, Cotar, G. Picard.

61. Hallopeau, Théohari, Bizot, Viteman, Barbin, Girbe, R. Follet, Bauny, Mauger, P.-J. Petit.

71. Ménier, H. Millon, Minet, J. Monod, Blondin, Jeannin, P. Darbois, Bacaloglu, Troisier, Coyon.

81. De Lacroix de Lavalette, Ballet, P. Mayer, Deck, Gaukler, Loiseau, J. Jamet, Hugué, Aivet, Courtellemont.

91. Tardif-Bardinet, Saison, Jacques Thomas, Raynaud, C. Michaut, Dropet, Merlet, Ducroquet, Foisy, Marais.

101. Hanotte, Cels, Inglessi, Berton, Mlle Pariselle, G. Michaux, Bluysen, Schultz, Blandin, Bergouignan.

111. Aubourg, Marcille, Leroy, Jullien, Elias, Debret, Cochemé, Duclaux, Chomet, Brinon.

121. Willard, Ungauer, Mme Romanescu, Piot, Monthus, Mlle Marein, Beaujard, Audebal, Guillermin, Grenet.

131. Géraud, Bobo, Garoflied, Morfaux, Galca, Froussard, Bénéteau, Lobligeois, Thorel, Parent.

141. J. Vaillant, Lance, Carton, Chalmette, de Font-Réaulx, Lecœur, Degrenne, Lequeux, Letellier, Dionis du Séjour.

151. Mlle Cohn, Cathelin, Charpentier, Vernet, Zimmern, J. Lévy, Moret, Zannelis, Robin, Roy.

161. Bloch, Robillard, Soulier, Robert, Henriot, Imbault, Heller, P. Renault, Rellay, Pédebidou.

171. Bleynie, Delestre, J. Gagey, Giffard, H. Dubois, Neveu, Moureyre, Diel, Ligerot, Henri le Roux.

181. G. Milon, Masbrenier, Detot, Decorse, Delamare, Talandier, J. Fournié, Mannoni, Manet, J.-P. Dupuy.

191. Sabatié, Poutchkow, Kuhn, Iselin, Chaillous, Cache, Audion, Beauvy, H Guillot, Mettey.

201. de Closmenil, Delaunay, Méret, Wagon, Genton, Picande, Boricaud, Bertrand, Marcel, Schachmann.

211. Barrieu, Fromageot, Fossier, Dambrin, Thoizon, Sébilleau, Lagrange, Brocard, A. Boullet, Sainton.

221. Wahl, Malar, Delherm, A. Chevallier, M. Adeline, Motilon, Pauly, Dardeau. L. Roques, Guillot.

231. Crotet, Lochelongue, Chalret du Rieu, Le Couëdic, L. Vaillant, Louste, Arnal, Genévrier, P. Guibal, Juquelier.

241. Lambert, Voisin, Biard, Edwards, Ganault, Duc-Dodon, C. Durand, Pourtié, Judet, Daverède.

251. Javal, Couzin, Gottschalk, Coittier, Planchon, Lécullier, Percheron, Néret, P. Mathieu, Maricot.

261. Deletré, Peaudecerf, Ruelle, Delage, Weber, Lacasse, Halgan, Zamfiresco, Artaud, Trastour.

271. Bruder, Bodin, Bougon, Blum, M. Bloch, E. Bloch, J. Surrel, Sersiron, Forestier, Duclos.

281. Mainot, Marmasse, Guérin, Ravary, Brissart, Achille Audy, Desgranges, Mlle Mugnier, L. Renault, Reliquet.

291. Hayem, Haret, Fachatte, M. Labussière, Martial, Lopès, Chapotin, Cailloué, Guérbé, Abrant.

301. Bousquet, Blavot, J. Andrieu, Gibert, Glaize, Thibault, Froin.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 30 décembre 1895, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les Drs Mouchet, chirurgien en chef de l'hospice de Sens, et Racine (de Scey-sur-Saône).

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Teissier, Cancalon, Butte, Despagnet, Duboys de Lavigerie, Larrivé, Magnant, Marchandé, Servaux, Verdier, Wolff, à Paris; Auffred, à Rochefort; Clary-Bousquet, à Cahors (Lot); Cruard, à Atchy (Oise); Dugenet, de Bléré (Indre-et-Loire); Gérard, à Moncornet (Aisne); Lissoude, à Salies-de-Béarn (Basses-Pyré-

nées); Loignon, à Bordeaux; Masbrenier, de Melun; Moris, de Rochefort; Rossi, d'Embrun (Hautes-Alpes); de Weling, à Rouen.

Asiles d'aliénés. — Le concours de l'internat des asiles d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Truelle, Lelong, Batailler et Janot.

Internes provisoires : MM. Farabeuf, Ameline, Dupau et Vaslet de Fontaubert.

Hôpitaux de Lyon. — Par suite du décès de M. Jules Levrat, chirurgien-major de la Charité, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie.

M. Auguste Pollosson passe de l'Hôtel-Dieu à la Charité, dont il devient chirurgien-major. — M. Vallas passe de la Croix Rousse à l'Hôtel Dieu. — M. Jaboulay, chirurgien-major désigné, entre en fonctions à l'hôpital de la Croix-Rousse.

École de médecine de Marseille. — M. Livon, professeur de physiologie, est maintenu pour trois ans, à dater du 27 décembre 1895, dans les fonctions de directeur.

Hôpitaux de Lille. — Les concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Lille se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Gallois, Gérard, Reniey, Devauchelle, Paquet et Caumartin.

Internes provisoires : MM. Moreau, Dubois, Chatelin, Christiaens et Lemaire.

Cliniques et polycliniques subventionnées. — Malgré les protestations du Syndicat des médecins de la Seine et l'avis conforme du Conseil général des Sociétés d'arrondissement du département de la Seine, le Conseil municipal a voté une subvention de 5,000 fr. et rétabli une subvention de 8,000 fr., supprimée l'année dernière à deux polycliniques privées.

Assistance publique. — Voici quelques chiffres extraits du budget de l'Assistance publique.

Les indemnités fixes attribuées au personnel médical s'élèvent à 768,400 fr., qui se décomposent comme suit :

132 médecins	198,100 fr.
63 chirurgiens	80,400
14 accoucheurs	19,100
21 pharmaciens	114,100
253 internes en médecine	184,100
153 internes en pharmacie	107,600
18 dentistes	10.200
38 sages-femmes	42,300

Il faut ajouter à ces chiffres 12.600 fr. pour le directeur; les prosecteurs et les chefs de laboratoire de Clamart, 335,468 fr. de dépenses accessoires dans lesquelles entrent 125,000 fr. d'indemnités aux externes et 90,000 fr. de jetons de présence aux assistants de consultation.

71 religieuses, 249 surveillants et surveillantes, 624 sous-surveillants et sous-surveillantes, 354 suppléants et suppléantes, 390 premiers infirmiers et premieres infirmières et 2,742 infirmiers et infirmières composent le personnel secondaire attaché au service des administrés et coûtent 1,973,550 fr.

Projet de loi sur les Universités. — M. le ministre de l'Instruction publique a déposé, sur le bureau de la Chambre, le projet de loi suivant sur les Universités. Il a demandé, en même temps, que la Chambre nommât jeudi prochain, dans ses bureaux, la Commission chargée d'étudier ce projet.

Art. 2. — Le Conseil général des Facultés prend le nom de Conseil de l'Université.

Art. 3. — Le Conseil de l'Université est substitué au Conseil académique dans le jugement des affaires contentieuses et disciplinaires relatives à l'enseignement supérieur public.

Art. 4. — A dater du 1er janvier 1898, il sera fait recette au budget de chaque université des droits d'études, d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques acquittés par les étudiants, conformément aux règlements.

Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants : dépenses des laboratoires, bibliothèques et collections, construction et entretien des bâtiments, création de nouveaux enseignements, œuvres dans l'intérêt des étudiants.

Les droits d'examen, de certificat d'aptitude, de diplôme ou de visa acquittés par les aspirants aux grades et titres prévus par les lois, continueront d'être perçus au profit du Trésor.

Société pastorienne. — Jeudi dernier s'est constituée par-devant notaire la Société d'application des méthodes pastoriennes.

Cette Société a pour objet :

1° L'édification, à Paris, et l'exploitation d'établissements destinés à l'hospitalisation de malades traités par application des méthodes de l'institut Pasteur et en général à la diffusion de ces méthodes;

L'acquisition, à cet effet, de tous immeubles et notamment d'une grande propriété située à Paris, rue Dutot, nos 22, 24, 26 et 28, aboutissant à la rue de Vaugirard, sur laquelle elle porte les nos 205 et 215;

2° L'acquisition, par tous modes et à tous titres, de tous immeubles construits et non construits, et l'édification, sur tout ou partie des terrains, de constructions quelconques, la mise en valeur, la vente et l'échange des immeubles de la Société;

3° Et généralement toutes opérations se rattachant par un côté quelconque à l'objet de la présente Société et au développement des méthodes pastoriennes.

La durée de la Société est fixée à quatre-vingt-dix-neuf ans. Le capital social est fixé à 10,000 francs, divisés en cent actions de 100 francs, qui ont été souscrites par dix personnes et libérées complètement le 17 décembre dernier. Le siége social de la Société est à Paris, rue Dutot, 25.

La Société est administrée par un Conseil composé de trois membres au moins et de cinq au plus, nommés par l'Assemblée générale. Les administrateurs sont nommés pour six ans. Dans la réunion de constitution qui a été tenue hier, ont été nommés administrateurs : MM. Duclaux, J.-B. Pasteur, Emile Roux et Vallery-Radot.

Les produits nets de la Société, déduction faite de toutes les charges, constituent les bénéfices sur lesquels il sera prélevé : 1° 5 % pour constituer la réserve légale; 2° la somme nécessaire pour servir 3 % aux actionnaires. L'Assemblée générale décidera s'il y a lieu de distribuer tout ou partie du surplus des bénéfices aux actionnaires, ou si, au contraire, ces bénéfices doivent être laissés dans la Société et employés au développement des opérations.

Congrès international de Thalassothérapie de Tunis (avril 1896). — Par suite d'une entente avec l'Association française pour l'avancement des Sciences, les adhérents au Congrès international de Talassothéradie de Tunis qui se feront inscrire au bureau du Comité central de propagande de ce Congrès (secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris), avant le 15 février 1896, seront admis, par faveur

spéciale, à participer à tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis (Congrès de Carthage).

Il suffit, pour être inscrit, de verser ou d'adresser par la poste, au secrétaire du Comité central, M. Marcel Baudoin, la somme de *vingt francs*.

Cette cotisation donne droit au volume qui sera publié ultérieurement et qui contiendra les communications faites au Congrès de Talassothérapie. De plus, elle assimile les membres de ce Congrès à ceux de l'Association française, ce qui leur permettra d'obtenir, aux conditions habituelles, une réduction de 50 % sur les frais de voyage (chemins de fer et bateaux), et leur permettra de retenir à l'avance leur logement à Tunis et de se faire inscrire aux diverses excursions qui seront organisées en Tunisie à l'occasion de ces Congrès par l'Association française.

On est prié d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, 14, boulevard Saint Germain.

Concours international de bactériologie " Pasteur ". — Le *Circulo Medico Argentino* voulant honorer la mémoire de l'illustre savant, dont l'humanité tout entière déplore la perte, et qui, d'autre part, fut un de ses membres honoraires, décide :

Article 1er. — Il sera célébré en 1897 un concours international de bactériologie, appelé *concours Pasteur*.

Art. 2. — Les travaux présentés devront consister en des recherches *originales* et *inédites*, portant soit sur quelque point de technique ou d'étiologie, prophilaxie, diagnostic et traitement bactériologiques des maladies infectieuses de l'homme ou des animaux, soit sur des applications industrielles de la microbiologie.

Art. 3. — Les mémoires, pieces ou préparations, cultures, photographies micrographiques, etc, devront être remis, avant le 31 mai 1897, au président du *Circulo Médico Argentino*, et présentés de manière à ne révéler en aucune façon le nom de l'auteur. Ils porteront une devise ou inscription quelconque qui sera également consignée sur une enveloppe fermée et cachetée, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les manuscrits pourront être présentés en *espagnol* ou en *français*.

Art. 4. — Les prix consisteront en : 1° 2,000 fr. or et le diplôme de premier prix du *concours Pasteur*; 2° 1,000 fr. or et le diplôme de second prix ; 3° un diplôme d'honneur.

Art. 5. — Le jury national sera désigné en temps opportun et sur la proposition de la Commission directrice, par l'Assemblée générale des membres du *Circulo Médico Argentino*.

Le nom des élus sera publié.

La décision du jury sera communiquée au *Circulo Médico Argentino* avant le 15 août.

Art. 6. — Les manuscrits des mémoires récompensés et les préparations ou pieces qui les accompagnent demeureront la propriété de l'Association sans que cette réserve affecte, en aucune façon, les droits de propriété littéraire ou de privilege industriel de l'auteur.

Art. 7. — Les travaux non primés pourront être restitués à leurs auteurs et les enveloppes qui leur correspondent seront détruites sans avoir été ouvertes.

Art. 8. — La distribution des prix se fera en séance publique le 17 septembre 1897.

Cartes coupe-file. — A la suite des démarches faites par le Conseil des Sociétés médicales d'arrondissement, le préfet de police a bien voulu autoriser la délivrance d'une carte d'identité pour chaque médecin inscrit sur la liste officielle publiée par la Préfecture de police.

Cette carte ou ce carnet destinés à faciliter la circulation, grâce à des instructions que le préfet de police doit donner aux agents et chefs de détachement, contiendra, d'une part la photographie du titulaire, et de l'autre les noms et adresse avec le certificat du préfet de police.

Pour avoir cette carte, il suffira aux médecins faisant partie des Sociétés d'arrondissement, de donner leur nom et adresse au secrétaire général de leur Société en versant 1 fr. 25.

Les médecins ne faisant pas partie des Sociétés, s'adresseront au Dr Cayla, secrétaire général du Conseil, 31, avenue de Neuilly.

Un avis ultérieur fera savoir à partir de quelle date l'on pourra se présenter chez M. Pirou, photographe, chargé de l'épreuve à encarter dans le carnet.

La bicyclette employée au transport des malades. — En Allemagne, le Dr Hœnig a inventé une voiture-bicyclette, qui fonctionne à Berlin en attendant mieux.

Cette voiture a 3m50 de long, repose sur deux essieux et quatre roues, mais possède, en plus à l'avant, une cinquième roue mise en mouvement par un cycliste. Un deuxième cycliste est assis sur un siége placé à l'arrière.

La voiture n'est en somme qu'une grande caisse recouverte en toile et dans laquelle on place un brancard de 1m80 de long, repliable à volonté : ce qui permet à un médecin de prendre place dans la voiture quand elle va chercher un blessé.

Pour s'en servir, on relève tout à la fois caisse et brancards de dessus les essieux ; on installe le malade ou blessé, puis on remet le tout sur les essieux et la voiture peut se mettre en marche. Une ouverture vitrée permet au cycliste d'arrière de voir à tout moment le malade. Celui-ci a d'ailleurs à portée de la main un cornet-signal en caoutchouc pour appeler, s'il le faut, l'attention des cyclistes rouleurs ; et une ouverture latérale permet de lui donner aisément, en cas de besoin, les soins nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

Comme tous les ans, la Compagnie fermière de l'Etablissement thermal de Vichy vient de publier son *Agenda*, qu'elle fait remettre gratuitement à tous les médecins français. Ceux de nos lecteurs qui n'auraient pas encore reçu cette publication si utile et si remplie de renseignements pour les membres du corps médical, n'ont qu'à en faire la demande à la Compagnie fermière, 8, boulevard Montmartre, qui leur en fera parvenir un exemplaire.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

Les Paralysies radiculaires du plexus brachial

Par le Dr T. LEGRY.

I

On ne devrait, à proprement parler, comprendre dans les paralysies radiculaires du plexus brachial, que les cas où les phénomène paralytiques résultent d'une altération des racines mêmes du plexus brachial. Mais l'usage est établi de décrire en même temps les faits où la cause nocive siège, au niveau même du plexus; et, somme toute, la clinique justifie pleinement, il faut l'avouer, cette étude simultanée.

Duchenne (de Boulogne) fut le premier qui distingua nettement une variété de paralysie du membre supérieur ne correspondant pas à la paralysie d'un tronc nerveux déterminé. Erb et Bernhardt étudièrent ensuite quelques paralysies du bras appartenant au groupe qui nous occupe; puis le sujet fut vulgarisé et éclairé par la thèse de Sécrétan, par le mémoire de Mlle Klumpke. De nombreuses observations de MM. Straus, Giraudeau, Rendu, Seeligmuller, Dubois, deux cliniques récentes de M. le professeur Raymond, ont apporté de précieuses contributions. Enfin les travaux de M. Chipault sont importants à consulter au point de vue de l'opportunité de l'intervention chirurgicale et des indications opératoires que peuvent présenter ces paralysies.

II

Certaines notions anatomiques préalables doivent être exposées. On sait que le plexus brachial est formé par les quatre dernières paires cervicales et par la première dorsale.

Les troncs nerveux s'enchevêtrent au niveau du plexus et donnent naissance, après cette intrication, d'une part aux nerfs moteurs de la ceinture scapulothoracique et du membre supérieur, d'autre part, aux nerfs sensitifs de la peau dans une étendue à peu près correspondante. Mais ainsi que l'avaient déjà démontré Forges et Lannegrâce, il n'y a pas de relation directe à établir entre telle racine et tel nerf du bras, considéré en aval du plexus, car chaque tronc radiculaire éparpille ses fibres, à sa sortie du plexus, dans des nerfs de fonction différente.

Pourtant on est parvenu, par divers procédés, dissection (Féré), électrisation (Forgues), arrachement (Ferrier et Yéo), section chirurgicale des racines (Rose), à reconnaître quo telle racine tenait sous sa dépendance tel muscle ou tel groupe musculaire : c'était là une connaissance essentielle à acquérir dans l'étude des paralysies radiculaires.

Les faits suivants sont aujourd'hui complètement acceptés.

FEUILLETON

Comment l'homme meurt.

Un article de M. G. Ferrero, intitulé « La crainte de la mort », qui fut le thème du feuilleton de l'*Union médicale* du 23 mars 1895, se terminait ainsi :

« Je doute que ces pages suffisent à épuiser une si vaste question. Ce serait assez si elles servaient à appeler l'attention sur la question. Les médecins, surtout, qui se trouvent chaque jour en face de la mort, pourraient fournir des renseignements précieux, s'ils voulaient observer quels sont les sentiments de leurs malades par rapport à la mort : on pourrait ainsi amasser les matériaux nécessaires pour éclaircir cette grande question psychologique et pour savoir « comment l'homme meurt ».

Cet appel était resté sans réponse. Les médecins (j'ai dit alors pour quelle cause) ne sont pas les habituels, ni même les fréquents témoins de la mort, que M. Ferrero pensait qu'ils sont; et je n'ai point été surpris de ne les voir fournir aucune contribution à l'étude qu'on les conviait à faire. Aujourd'hui, cependant, deux faits sont apportés au dossier, vide jusqu'ici, que l'article précité nous a invité à constituer. Je ne sais s'ils fournissent à la cause un élément de quelque valeur; j'ignore même s'ils répondent exactement à la question qu'il s'agit d'éclaircir, mais, toutes réserves faites sur leur utilisation possible, ils sont par eux-mêmes assez curieux, assez étranges, assez frappants pour mériter d'être reproduits ici dans tous leurs détails. Je les emprunte textuellement à M. C. Ferrari, qui les a publiés dans la *Revue scientifique* du 11 janvier 1896.

Voici le premier cas :

« Il y a quelques années, une jeune femme de vingt ans, cuisinière chez une dame de Reggio Emilia (Italie), et qui avait toujours joui d'une santé parfaite, tricotait, une après-midi, dans sa cuisine, lorsque tout à coup elle se leva, voulut courir à l'église voisine — elle n'avait que la rue à traverser — déclarant qu'elle était au plus mal et qu'elle ne voulait pas mourir sans s'être confessée. La dame crut

Les *cinquième et sixième paires cervicales* donnent naissance aux nerfs du deltoïde, du biceps. du brachial antérieur, du long supinateur, groupe musculaire de première importance, sur lequel nous aurons à revenir, et qui constitue le groupe Duchenne-Erb. Les cinquième et sixième paires fournissent encore au sus et sous-épineux, au rhomboïde, au sous-scapulaire, au faisceau claviculaire du grand pectoral et au grand dentelé.

Les *septième et huitième paires cervicales* donnent les nerfs du triceps, de la portion sternale du grand pectoral, du grand dorsal et des extrémités de la main.

La *première paire dorsale* fournit aux muscles qui sont innervés par le médian et le cubital. Nous verrons plus tard quel est le rôle qui revient à cette première dorsale dans la production des troubles oculo-papillaires qui font partie du cortège symptomatique de la maladie.

Quant aux notions d'*anatomie pathologique* relatives aux lésions des nerfs, les documents sont extrêmement rares à ce sujet. Dans les quelques autopsies qu'on a pu pratiquer, les fibres nerveuses du plexus étaient atteintes de *dégénérescence wallérienne*.

III

Sous quelle influence se développent donc ces paralysies?

Parfois leur *apparition* semble *spontanée*. On a invoqué, dans ces cas, tantôt le névrite *a frigore*, et tantôt une influence réflexe à point de départ gastro-hépatique (Rendu).

Le plus souvent, c'est un *traumatisme;* c'est la *compression* qui ont provoqué la paralysie.

Parmi les *traumatismes* qui ont été incriminés, il faut citer la chute d'un lieu élevé, une contusion de l'épaule, les blessures par armes à feu, la réduction d'une fracture ou d'une luxation de l'épaule.

La *compression* du plexus ou des cordons nerveux situés en amont peut être réalisée par les appareils orthopédiques, les coussins, les liens trop serrés, par les tumeurs du creux sus-claviculaire (ganglions, anévrismes, cals vicieux, mal de Pott avec abcès). D'autres fois, elle résulte d'un épanchement sanguin qui s'est fait dans la gaine vasculo-nerveuse du plexus *(variété apoplectiforme)*. Enfin, c'est par le mécanisme de la compression qu'il faut expliquer les *paralysies obstétricales,* la cause pouvant être les cuillers du forceps, le doigt de l'accoucheur exerçant des tractions violentes sur la tête et sur le cou de l'enfant, ou bien encore les clavicules mêmes de l'enfant fortement refoulées en dedans lorsqu le défilé pelvien est très étroit.

IV

La paralysie du plexus brachial se présente sous deux aspects différents. Elle est *totale* ou *partielle*.

Paralysie totale. — Il y a fréquemment, *au début*, des douleurs sourdes et lancinantes avec irradiations dans l'épaule et les doigts, parfois de véritables névralgies intolérables, ayant pu nécessiter même la résection.

Puis la *paralysie* se constitue.

Le bras tombe inerte le long du corps. La flexion et l'extension du bras, les mouvements des doigts et de la main sont devenus impossibles. Il en est de même des mouvements d'adduction, d'abduction et de rotation du bras.

Le seul mouvement possible est souvent l'élévation du moignon de l'épaule, qui est soulevé par le faisceau supérieur du trapèze et l'angulaire de l'omoplate, qui ont une innervation distincte. C'est

---

à un accès de folie et la laissa partir; arrivée à l'église, cette femme s'agenouilla près du confessionnal et envoya chercher un prêtre, recommandant vivement qu'on se hâtât, parce qu'elle allait mourir subitement. Le prêtre essaya vainement de la calmer, craignant qu'elle ne voulût se suicider; bref, il la confessa et la fit accompagner à la maison. Elle y retourna *en courant*, monta l'escalier, dit quelques mots à sa maîtresse et tomba à terre, morte. — L'autopsie ne montra d'autre lésion qu'un vaste sac anévrismal largement déchiré.

« Le fait le plus curieux dans cette circonstance, est certainement ce sentiment de la mort imminente, malheureusement vérifié par l'évènement, et manifesté à plusieurs reprises avec tous les signes de la conviction la plus grande, sans qu'il fût d'ailleurs accompagné d'aucune autre expression émotive de la part de la malade. C'est évidemment pour cela que personne ne voulut la croire. La déchirure du sac a dû se produire lentement parce que, d'après ce qu'on m'a rapporté, il se serait écoulé près d'une heure entre le premier avis donné par la malade et sa mort.

« La deuxième observation a été minutieusement suivie par moi pendant toute la durée de son étrange évolution. J'en ai noté tous les détails à l'époque même, n'ayant en cette matière, aucune opinion personnelle à faire prévaloir; je laisserai simplement parler les faits.

« Il s'agit d'une jeune fille, M. B..., hystérique, entrée depuis un an dans le grand Institut psychiatrique de Reggio d'Emilia (Italie). Elle était atteinte de tuberculose aux deux sommets du poumon, mais les conditions générales étaient assez bonnes : elle présentait seulement, de temps en temps, des accès de fièvre vespéraux. Tres apathique et très frileuse, elle passait les journées, blottie dans son lit, causant tres peu ; un de ses amusements, était de taquiner le curé, lorsqu'il venait pour quelque malade.

« Dans le courant d'avril de l'année dernière, un jour, je fus appelé en toute hâte : « La malade B..., me dit-on, annonce qu'elle va mourir ». Très étonné, je me rendis aussitôt auprès d'elle, et à la suite d'un examen sommaire, mais complet, je ne trouvais absolument rien qui justifiât l'impression de la jeune malade. Le pouls était un peu fréquent et irrégulier, la respiration un peu superficielle,

l'action de ces muscles qui fait que l'épaule du côté paralysé reste élevée au repos (Huet, Raymond).

Quelques groupes musculaires échappent parfois à la paralysie.

Elle est rarement bilatérale. Dans le cas de Bernhardt, où il y avait bilatéralité des accidents, les bras avaient été longtemps maintenus serrés en arrière pendant une opération chirurgicale.

Les *réflexes* sont tantôt affaiblis, tantôt conservés. Ils ne sont jamais exagérés.

L'*anesthésie* est complète, et cela pour tous les modes de la sensibilité. Cette anesthésie présente un caractère tout à fait particulier : elle n'atteint jamais la face interne du bras, ni l'épaule proprement dite. Cette topographie de l'anesthésie est facile à comprendre, puisque la peau du moignon de l'épaule est innervée par le plexus cervical, et celle de la face interne du bras, par les deux ou trois premières paires dorsales.

Le sens musculaire et le sens articulaire peuvent être abolis ou obnubilés.

Plus ou moins rapidement survient *l'atrophie musculaire*. Elle atteint d'abord l'épaule, puis le bras. Des rétractions tendineuses s'opèrent, d'où résultent des attitudes vicieuses (main en griffe, etc.), souvent il y a un abaissement thermique de 2 à 3 degrés (contrairement à ce qu'on observe au début, où il y a une élévation de la température locale). La peau est rouge, cyanotique, ou bien lisse, amincie, mais sans souplesse. Parfois les poils tombent et les ongles sont altérés. Les sueurs peuvent être supprimées, sauf toutefois, à la paume de la main, où il y a plutôt hypersécrétion sudorale.

La *contractilité faradique* disparait assez vite. On constate sur certains muscles la réaction de dégénérescence, et il y a alors atrophie définitive. Sur les autres muscles, la contractilité faradique et volontaire reparaissent.

Il faut signaler aussi les *troubles oculo-pupillaires*, qui sont caractérisés par la triade suivante : myosis, rétrécissement de la fente palpébrale et rétraction du globe oculaire (par paralysie du muscle oculo-palpébral). Ces troubles sont dus à une lésion de la première paire dorsale, lésion siégeant avant le point où cette paire donne naissance au rameau communicant du grand sympathique, lequel tient sous sa dépendance ces modifications oculo-pupillaires, ainsi que l'ont établi les recherches de M[lle] Klumpke, confirmatives de celles de Cl. Bernard.

La *paralysie totale* peut guérir complétement. Le fait est rare. D'autres fois, elle reste stationnaire. Le plus souvent, elle se limite, au bout de quelques mois, d'un an, de deux ans, à quelques muscles, à quelques groupes musculaires, par exemple aux muscles de l'avant-bras et de la main, ou bien au groupe de Duchenne-Erb. On peut ainsi avoir affaire, après un certain temps, à l'une des variétés qui suivent.

Paralysies partielles. — Elles peuvent être le reliquat de la forme totale, ainsi que nous venons de le voir, ou bien se développer d'emblée avec les caractères qui les spécifient. Il en existe trois types : le *type supérieur*, le *type inférieur* et enfin les *types mixtes*.

1° Le *type supérieur* représente la variété la plus habituelle : c'est le type Duchenne-Erb. Il répond à la paralysie des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur.

L'abduction du bras et de l'avant-bras sont impossibles.

L'anesthésie ne se montre qu'au début, à la période des douleurs névritiques; elle disparait rapidement.

---

le visage assez animé, mais tout cela pouvait s'expliquer par l'élévation habituelle de température, le soir, et par l'excitation psychique de la malade. Sa physionomie était légérement moqueuse, et quand je lui demandai ce qu'elle ressentait, elle me répondit que c'était à moi de connaitre les maladies et que, comme médecin, je devais bien m'apercevoir qu'elle allait mourir.

« N'y pouvant rien comprendre, puisque je ne trouvais aucun symptôme objectif, en dehors de ce qu'elle ressentait ordinairement, j'étais disposé à croire qu'il s'agissait d'une de ces plaisanteries dont les hystériques sont coutumiéres, et j'allais la quitter, lorsqu'elle me demanda si elle pouvait voir le curé. Je répondis affirmativement et le prêtre vint, en effet, prés d'elle. Craignant qu'elle ne voulut se livrer à quelque facétie, je fis rester dans la chambre une des surveillantes.

« Elle se met alors à se confesser à voix très haute, racontant une longue histoire absolument fantastique, qu'elle prétendait être celle de sa vie. Le plus étrange, c'est que, dans son récit, elle s'attribuait à elle-même plutôt un triste rôle. A la fin, lassée de la confession, elle renvoya brusquement le pauvre prêtre, et devint plus inquiète ; elle se lamentait vaguement de quelque chose qui semblait la géner, mais sans pouvoir dire ce que cela était.

« Je revins à ce moment : je trouvai le pouls un peu déprimé et pas autre chose. J'allais chercher de la caféine pour lui en faire une injection, quand la jeune fille fut prise d'une violente hallucination qui la fit bondir hors de son lit : elle voyait l'enfer, des diables avec la corne rouge et la queue noire, etc., etc... On la ramena vers son lit, et lorsqu'elle fut recouchée, elle croisa les mains sur sa poitrine et dit avec un soupir : « Je m'en vais voir la gloire des anges au Paradis ». Puis elle resta immobile : elle était morte.

« Sa température, à ce moment, était de 38°. Son agonie, si on peut appeler ainsi cet état, avait duré deux heures environ.

« L'autopsie, très soigneusement faite, comme c'était l'habitude, ne révéla aucune *causa mortis* directe. La tuberculose des deux poumons était assez avancée, mais rien n'expliquait une catastrophe si brusque et si imprévue. »

L'atrophie est fréquente. La région deltoïdienne est aplatie et la tête humérale fait saillie. Il y a un contraste frappant entre l'atrophie de la partie antérieure du bras et du long supinateur, d'une part, et la saillie du triceps et des muscles de l'avant-bras, d'autre part.

L'absence de troubles oculo-pupillaires est un signe négatif important.

2° Le *type inférieur* est plus rare que le précédent, c'est le type Klumpke.

La paralysie n'atteint pas le moignon de l'épaule, ni le bras. Elle est localisée au domaine du cubital et du médian.

Il y a paralysie et atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, des inter-osseux, des fléchisseurs de la main. Les extenseurs de la main sont respectés. A la longue, la *griffe cubitale* apparaît.

L'anesthésie est limitée à la moitié interne de la main et de l'avant-bras. Elle persiste pendant toute la durée de la maladie. La dissolution syringomyélique a été observée.

Les troubles oculo-pupillaires sont constants.

3° *Types mixtes ou combinés*. — Il faut dire que le tableau clinique est loin de réaliser toujours l'une ou l'autre des deux formes qui précèdent dans toute leur pureté. Souvent les éléments qui entrent dans leur constitution se mélangent en proportions diverses. Les observations de Straus, Erlenmeyer, Dubois, Mme Déjerin-Klumpke, Hutchinson, Pajet, Duchenne, Remak, sont des exemples remarquables à ce point de vue. De plus, on peut voir, frappés conjointement, des muscles qui sont innervés soit par le plexus cervical, soit par les paires situées au-dessous de la première paire dorsale. Ce simple aperçu suffit à faire voir que ces paralysies partielles peuvent revêtir, dans leur expression clinique, les modalités les plus diverses.

V

Le *diagnostic* des paralysies radiculaires du plexus brachial peut présenter bien des difficultés.

Tout d'abord, il faudra se garder de confondre une paralysie de ce genre soit avec l'*impotence fonctionnelle résultant d'une luxation de la tête humérale ou d'une fracture de l'humérus*, soit avec la *pseudo-paralysie syphilitique de Parrot*. Dans cette dernière affection, les mouvements provoquent de la douleur. Il y a de la crépitation, de la tuméfaction juxta-épiphysaire. Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

D'autres discussions peuvent être soulevées.

Dans la *monoplégie hystéro-traumatique*, la paralysie débute quelquefois plusieurs jours après le traumatisme. L'anesthésie est limitée par une ligne circulaire indépendante de toute topographie nerveuse. On trouve les stigmates de la névrose. L'atrophie musculaire et les troubles trophiques sont exceptionnels.

La *monoplégie par foyer cortical* se pourra distinguer, en dehors de bien d'autres signes concomitants, par l'épilepsie partielle.

La *pachy méningite cervicale aiguë* a une invasion plus lente. Les irradiations sont symétriques dans les membres supérieurs. L'atrophie frappe surtout les muscles de l'avant-bras. Il y a l'attitude de la main de prédicateur.

Les *atrophies musculaires à type myopathique* ont une évolution chronique. On n'observe ni douleurs ni paralysies.

La *névrite des tabétiques*, celle des *saturnins* (type supérieur de Remak), a pour elle ses signes concomitants, ses commémoratifs.

Tels sont les deux faits presque incroyables que raconte M. G. Ferrari.

Dans aucun des deux, rien ne pouvait faire donner aux malades, ni à leur entourage, l'idée de la mort prochaine.

Le pressentiment si net qu'elles en ont eu est, en quelque sorte, inexplicable pour l'une d'elles.

La première, en effet, celle qui succomba à la rupture d'un anévrisme, peut avoir la sensation inconsciente de l'écoulement de quelques gouttes de sang à travers une petite fente initiale du sac anévrismal, et on conçoit qu'une sensation de ce genre soit de nature à amener des réflexes idéomoteurs d'une qualité toute spéciale et d'une grande intensité en même temps.

On ne trouve rien de semblable chez la petite hystérique tuberculeuse qui paraissait tolérer fort bien ses lésions pulmonaires, si avancées fussent-elles. Ces lésions, d'ailleurs, n'ont subi, au moment où ont apparu ces étranges phénomènes psychiques, aucune aggravation subite ; elles n'ont produit aucune autre perturbation que l'apparition de ces idées de mort imminente, dont un examen minutieux, approfondi, de l'état des organes, n'a pu justifier en rien le soudain développement.

Mais ce n'est point par ce côté très mystérieux que les faits en question se rattachent à l'étude antérieure de M. Ferrero. L'énigme qu'il avait proposé de résoudre n'avait pas trait à cette sorte de divination d'une fin toute proche et toute imprévue. Il s'agissait seulement de savoir si la sensibilité était affectée, sous quelle mesure et de quelle façon elle l'était, lors du passage de l'être au non-être.

Cette solution n'est guère avancée par les deux observations qu'on vient de lire. Les malades qui en font le sujet ne paraissent pas avoir été vivement affectées ou, pour mieux dire, douloureusement affectées par l'imminence du péril ; mais les conditions où elles se sont trouvées étaient trop anormales pour qu'on puisse en déduire quoi que ce soit de général.

Je ne pense pas, non plus, qu'il y ait quelque indication sérieuse à tirer du fait que beaucoup de suicidés présentent, même après une longue agonie, un visage tranquille et des traits apaisés. Ceux-là aussi sont un peu en

Enfin, la *myélite aiguë des cornes antérieures* (paralysie spinale atrophique) est distincte des paralysies obstétricales par le début brusque et fébrile. L'âge des sujets est également différent.

Reste à faire le diagnostic du siége de la lésion. Il sera fondé sur les notions qui suivent.

La paralysie du groupe Duchenne-Erb correspond aux lésions des cinquième et sixième paires cervicales.

La paralysie du faisceau sternal du grand pectoral et du grand dorsal traduit une lésion des septième et huitième paires cervicales.

Les troubles oculo-pupillaires indiquent la participation de la première paire dorsale au voisinage du trou de conjugaison (avant la naissance du rameau communicant).

La coexistence de lésions des deuxième et troisième paires cervicales se révèle par des troubles vaso-moteurs de la face.

Le *pronostic* dépend absolument de la cause.

Les paralysies obstétricales guérissent habituellement.

Les paralysies qui résultent de l'arrachement ou de la section du plexus sont incurables.

Celles qui sont dites *a frigore* ou réflexes ont un pronostic réservé. Elles persistent en tout cas longtemps.

La variété apoplectiforme est ordinairement suivie d'une atrophie incurable.

VI

Le traitement doit, autant que possible, viser la cause et le symptôme.

La réduction de la fracture, de la luxation qui ont produit la paralysie, par lésion du plexus, doit d'abord être faite. Son efficacité est rarement suffisante. Dans le cas de compression par un foyer hémorragique, une intervention précoce serait rationnelle.

La révulsion (pointes de feu, vésicatoires, ventouses) pourra rendre de grands services dans les paralysies en apparence spontanées, surtout si elle est pratiquée très tôt après le début des accidents.

Mais c'est surtout à l'électrothérapie qu'il faut recourir. « C'est, dit le professeur Raymond, contre l'inactivité fonctionnelle des nerfs et des muscles que vous devrez diriger tous vos efforts, en recourant a l'électrisation. En électrisant un nerf, on augmente son excitabilité, du moins à l'état normal. Il est assez naturel de supposer qu'à l'état pathologique, lorsqu'il n'y a pas interruption complète du nerf, sur une certaine longueur de son trajet, on peut obtenir les mêmes résultats : réveiller l'excitabilité électrique du nerf, lorsqu'elle est éteinte, et l'augmenter, lorsqu'elle n'est pas entièrement abolie. En lui rendant ainsi son aptitude à transmettre les excitations électriques, peut-être accroît-on son aptitude à transmettre les incitations de la volonté.

« Certains électrothérapeutes attribuent à l'électrisation des nerfs paralysés un effet plus direct. Pour eux, l'agent électrique serait capable de lever l'obstacle au passage des incitations volontaires, lorsque toutefois cet obstacle n'est pas insurmontable, je veux dire lorsqu'il n'y a pas section complète du nerf, lorsqu'il n'y a que des lésions de névrite récente. Je ne saurais me porter garant de cette assertion. Je me permettrai simplement de faire observer qu'en mettant de trop brillants résultats à l'actif de l'électrothérapie, on a éveillé les méfiances des cliniciens, provoqué leurs protestations, leur scepticisme, et finalement jeté un certain discrédit sur l'électrothérapie.

« Ce n'est pas seulement sur le nerf, c'est encore

---

dehors de la régle. Des tares nerveuses sont fréquentes dans leurs antécédents personnels ou chez leurs ascendants. Ce sont des cerveaux peu ou prou déséquilibrés. Il faut encore faire entrer en ligne de compte que les raisons pour lesquelles ils se décident à quitter la vie viennent en atténuation de l'horreur ou de l'effroi de la mort. L'intérêt qu'ils croient avoir à l'affronter est assez fort, à leurs yeux, pour leur faire surmonter la répugnance qu'ils pourraient éprouver. Ils s'y réfugient comme en un asile, ils y courent comme vers un abri ; et dans le très court espace de temps qui s'écoule entre l'instant où la gâchette d'un revolver céde sous leur doigt et celui où le projectile leur broie la cervelle, il y a place pour une étrange mais compréhensible jouissance : la certitude du repos où ils se sentent entrer, éternellement délivrés des dangers, des douleurs, des luttes ou des hontes dont le poids les écrasait, ou dont la perspective pour l'avenir les terrifiait.

Il est des existences telles que leur dernière minute en est peut-être la seule agréable. Je me rappelle combien j'avais été frappé, jadis, dans mes recherches, — de pure curiosité, malheureusement, — sur les tatouages des condamnés aux travaux forcés, en constatant la fréquence de cette inscription navrante qu'un grand nombre de ces malheureux portaient incrustée sur leur poitrine et parfois sur leur front :

Le passé me hante,
Le présent me torture,
L'avenir m'épouvante.

Phraséologie de bagne, hypocrisie ou pose, quelque motif qu'on veuille donner à la vogue de cette sentence ampoulée, mais qu'on ne lit pas gravée, indélébile, dans la peau d'un homme sans frissonner de quelque émoi ou, tout au moins, de quelque pitié, il est certain qu'elle est l'expression d'une cruelle souffrance et que c'est l'exactitude même de la formule qui en fait le succès. Les misérables qui ont cette vie-là, la quittent sans regret, joyeusement quelquefois, bravement presque toujours. Mais eux aussi sont l'exception ; et ce qu'il importe de savoir, c'est si la mort est indifférente en soi à la généralité des hommes qui ont vécu dans les conditions normales et qui s'y trouvent encore au moment de mourir. Là-dessus, avec

et avant tout sur le muscle que vous devrez agir électriquement. Vous réveillerez ainsi sa contractilité électrique et le soustrairez du même coup aux conséquences fâcheuses d'une inactivité fonctionnelle. Vous favoriserez en même temps sa nutrition et retarderez ou empêcherez la réaction de dégénérescence. Lorsque le muscle, en effet, est irrémédiablement soustrait à l'influence de ses centres trophiques, il subit de graves altérations dystrophiques qui défient toutes les ressources de l'électrothérapie.

« Le traitement électrique des paralysies du plexus brachial exige souvent une grande persévérance. Il vous arrivera d'électriser un malade pendant des mois, avant de constater un retour manifeste de la contractilité volontaire. Mais ne cédez pas au découragement; ici, comme en toutes choses, la persévérance est la condition *sine qua non* du succès. »

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Les chirurgiens scandinaves ont eu une heureuse idée en se livrant à une enquête sur la **cure radicale des hernies**, dans leurs pays, et en publiant leur statistique dans le *Nord méd. arkiv*, XXVII, 4-5.

Les trois pays, danois, finlandais et suédois, ne nous donnent que 1,733 cas de hernies traitées par la cure radicale, et ce total d'interventions a donné lieu à 68 décès, soit une mortalité d'un peu moins de 4 pour 100. Il faut ajouter que dans ce chiffre totalisé les hernies étranglées sont comptées, ce qui retire à cette statistique générale un peu de son intérêt.

Cependant nous trouvons des chiffres particuliers qui sont plus intéressants. Ainsi, en Danemark, M. Poulsen a pu réunir 90 cas de cure radicale pour des hernies inguinales non étranglées, avec 3 décès dont 2 par accidents septiques; c'est là une mortalité un peu grande. Dans la hernie crurale, au contraire, pas un décès pour 34 opérations.

En Finlande, M. Schulten, dans la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée, ne trouve que 2 décès sur 161 observations.

En Suède, M. J. Borelius a rassemblé des chiffres plus considérables. 707 hernies inguinales non étranglées ont été opérées et ont donné 8 décès, et 151 hernies crurales non étranglées ont causé 2 décès.

Ces chiffres sont intéressants et il serait bien utile que les chirurgiens français se livrent au même travail. A Paris, dans une seule année, on arriverait à des chiffres considérables; mais il faut le dire, cette intervention est devenue tellement banale que beaucoup de chirurgiens ne prennent plus ces observations, et de cette façon il est difficile de savoir quelle est la mortalité moyenne pour cette intervention qui, du reste, est, dans la grande majorité des cas, d'une réelle simplicité, mais qui dans les cas de hernie par glissement devient plus délicate.

Le plus souvent, les chirurgiens scandinaves s'en sont tenus à la simple excision du sac avec suture de l'anneau. Au Danemark, il n'est relaté dans la statistique que quatre opérations par la méthode de Bassini; en Suède, le nombre de fois où elle a été mise en pratique n'est pas donné; en Finlande, au contraire, il semble que son usage soit courant, car toutes les hernies opérées de cure radicale l'ont été par ce procédé.

En France, il est aussi adopté couramment aujourd'hui et avec raison, car c'est le seul qui refasse une

M. G. Ferrari, « je crois bien difficile qu'on en sache jamais grand'chose, les seules personnes qui auraient quelques renseignements exacts à nous donner étant précisément dans l'impossibilité de rien nous dire »; et il est bien possible « qu'il soit dans l'ordre des choses que les deux grands mysteres de la vie, celui de la naissance et celui de la mort, se dérobent toujours à nos recherches. »

Aussi bien, pour un dénouement toujours identique; le décors du drame est si changeant; si variées les péripéties à travers lesquelles il se déroule! Innombrables sont les combinaisons qu'on peut imaginer entre les divers éléments qui le constituent. En ce qui concerne le moribond lui-même, envisagé en dehors de toute ambiance, la mort se présente sous mille aspects : c'est par le cœur, par les poumons, par le cerveau qu'il va mourir; c'est emporté en pleine vigueur par un accident, ou emporté par une longue maladie; l'affection à laquelle il succombe est douloureuse, atrocement douloureuse parfois, parfois aussi nulle torture physique n'assombrit ses derniers moments; son intelligence reste vive, absolument intacte jusqu'à la minute suprême, ou bien elle s'est obnubilée, affaiblie, éteinte avant cet instant. Est-il croyable qu'une seule manière de percevoir l'arrêt final réponde à tant de modes divers de son mécanisme? Cet homme, qu'une hémorragie bulbaire a assommé comme un bœuf, et cet autre, qui s'est affreusement et convulsivement débattu contre une asphyxie de quelques minutes, ont-ils senti la mort pareillement?

Si, des conditions intrinsèques du phénomène, nous passons à ces conditions extrinsèques, quelles différences encore n'allons-nous pas enregistrer?

Ce vieillard est arrivé au terme d'une très longue existence. Ce n'est point une maladie qui l'enlève. Il meurt comme une flamme s'éteint quand l'huile est épuisée, comme une fleur se sèche après qu'elle s'est fécondée. La vie lui a tout donné, il l'a possédée dans sa plénitude.

A cet enfant, au contraire, elle s'est à peine laissée entrevoir; elle est l'inconnue. Il n'en devine ni les joies, ni n'en sait rien. Il comprend seulement qu'il était né pour vivre; il le sent plutôt sans le comprendre. C'est un vague instinct, une aspiration non précise; aucun regret de ce qu'il perd, nul regret de ce qu'il ignore ne le retient.

Mais voici le jeune homme, dont le cœur et l'esprit déjà

paroi abdominale, et quoiqu'un peu plus long et plus délicat que les autres, il est à la portée de tous les chirurgiens.

Une question intéressante eût été celle de la récidive après l'intervention ; mais en Scandinavie, comme partout ailleurs, il est fort difficile de suivre les malades, et les chiffres qu'on peut rassembler dans cet ordre d'idées sont en général insuffisants. D'après l'impression des trois chirurgiens qui ont mené l'enquête dont nous nous occupons, elle serait rare et surtout chez les hernieux opérés par la méthode de Bassini.

Ceci ne vient que confirmer l'opinion que nous venons d'émettre sur ce procédé. Il semble être préféré des malades, qui vont de préférence se faire opérer par ceux qui l'emploient.

— Voyons maintenant la communication faite à l'Académie des Sciences, le 6 janvier dernier, par le professeur Lannelongue, sur une nouvelle application de sa *méthode sclérogène* ; il s'agit d'un **anévrisme cirsoïde du cou, de la face, du plancher, de la bouche et de la langue,** traité par les injections de chlorure de zinc.

Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans, dont l'affection augmentait constamment de gravité, qui souffrait, et qui était atteinte de troubles fonctionnels par le volume de l'organe. Le « susurrus » de la tumeur lui rendait la vie intolérable, l'empêchait de dormir, et elle réclamait à grand prix une intervention ; mais laquelle ? Comme le fait remarquer M. Lannelongue, il n'y avait pas à songer à l'extirpation, il aurait fallu enlever la moitié de la face ; la ligature n'était pas tentante, il eût fallu, en effet, pour la rendre efficace, lier la carotide primitive d'un côté, et la carotide externe de l'autre, opération grave, mais qui cependant, était la seule à tenter.

Auparavant, M. Lannelongue eut l'idée d'essayer sa méthode sclérogène.

Il employa la technique déjà conseillée : solution de chlorure de zinc au dixième ; injection de trois à quatre gouttes par chaque piqûre dans les tissus immédiatement adjacents à la tumeur, sans redouter par trop, d'ailleurs, de pénétrer dans la tumeur sanguine elle-même.

Dans la première séance, il fut assez timide ; il fit seulement huit injections de trois à quatre gouttes chacune dans la joue, immédiatement au-dessus de l'angiome, mais assez profondément. Cette tentative ne fut suivie d'aucun accident ; elle fut même assez encourageante pour le décider à en faire une seconde plus importante, dès que les résultats des premières injections furent acquis.

Quatre séances d'injection furent ainsi faites, et tout aurait bien été s'il ne s'était pas produit quelques petites escharres au cou. On craignit une hémorragie au moment de leur chute, mais cette hémorragie ne se produisit pas, et tout alla pour le mieux. La malade partit pour son pays, considérablement améliorée, mais pas tout à fait guérie. M. Lannelongue a revu son opérée trois ans plus tard, et le succès est complet, à ce point qu'il est inutile de reprendre, comme cela eut été facile sur certains points, les injections.

M. Lannelongue fait suivre cette curieuse observation de réflexions, dans lesquelles il montre que c'est par l'inflammation des parois vasculaires, leur épaississement, le rétrécissement du calibre des vaisseaux, que la guérison a été obtenue par une sorte de sclérose tardive ; au point de vue thérapeutique, c'est là une observation notable ; nous sommes, en effet, désarmés devant ces manifestations vasculaires, qui occupent des territoires étendus et

---

s'étaient largement ouverts. L'usage qu'il en a fait lui a donné la conscience de ses forces. Il sait quelles jouissances sont attachées à l'utilisation de leurs énergies physiques et morales. Douleurs et déboires lui sont inconnus. Mais tous les espoirs lui sont permis : il les embrasse tous, la sève dont il est gonflé légitime ses désirs ; il peut, en mourant, pleurer à la fois le passé et l'avenir.

L'adulte a réalisé ces désirs. Il est en plein épanouissement de sa puissance, en pleine possession de son rôle. Mais à la jouissance d'être et de pouvoir, la gravité douce des devoirs à remplir s'est jointe. D'autres vies se sont greffées sur la sienne. Il en est le guide et le soutien. C'est par lui que cette femme est mère, et par lui que ces enfants vivent et croissent. De lui dépend l'avenir de toute cette famille, avenir matériel, avenir moral. Les intelligences et les corps de ces petits ont besoin de sa force et de son travail. Sa perte ne serait pas qu'une douleur : elle serait une catastrophe.

Ce rapide sommaire de toute la longue étude qu'on pourrait écrire sur un tel sujet, ne suffirait-il pas à montrer qu'il est vraiment chimérique d'espérer une solution précise et unique au troublant problème dont il s'agit ? Mais le mystère même dont il est enveloppé en aiguise l'attirance. Il est donc probable que l'appel de M. G. Ferrero provoquera d'autres réponses. Nous les enregistrerons toujours avec un très vif intérêt.

A propos du Dr Jameson. — Le Dr Jameson, don les actes extra-médicaux viennent de soulever une si forte émotion dans l'Afrique centrale et dans le monde entier, a fait ses études médicales à Londres. Il est né à Edimbourg en 1853.

Il s'était acquis, au Cap, une grande notoriété comme médecin. C'est là qu'il connut M. Cecil Rhodes, qui y avai été envoyé comme malade, atteint de phtisie pulmonaire.

Il soigna d'abord de la goutte Lobengula, le chef du Matabeleland, qu'il devait plus tard combattre et vaincre.

Il a soigné aussi, dit-on, le président Kruger d'une grave maladie. Mais celui-ci n'a pas cru devoir se laisser battre par son ancien médecin. *(Médecine moderne.)*

sous la dépendance de nombreux vaisseaux dans des régions où les anastomes sont infinies. La ligature de la carotide primitive d'un côté de la ligature externe, lourde de conséquences immédiates, aurait-elle été fructueuse? Il est permis d'en douter, aussi devons-nous prendre en grande considération une méthode qui s'attaque aux origines mêmes du mal, c'est-à-dire aux rameaux vasculaires périphériques qui, par l'altération de leurs parois, sont les causes même du mal.

— Terminons par l'examen d'un travail de Brodhurst, qui vient de paraître dans le journal de M. Kirmisson (*Revue orthopédique*, du 1er janvier 1896), et qui a trait principalement à la pathogénie de la **luxation congénitale de la hanche**. On sait toutes les nombreuses causes qui ont été invoquées pour expliquer cette affection si curieuse. M. Brodhurst, dans le travail auquel nous faisons allusion, revient à une de celles qui ont été données autrefois, et explique les lésions par le traumatisme.

Ses raisons sont les suivantes : on les observe chez des enfants bien conformés, pas ailleurs, d'une vigoureuse constitution.

Elle se produit au moment de la naissance et pourrait même arriver pendant la vie intra-utérine. Pendant l'accouchement, la main de l'accoucheur aurait un certain rôle, ou le crochet même, dans les cas de dystocie. Sans aller plus loin, on pourrait répondre qu'il existe des cas très nombreux de luxation congénitale de la hanche, dans lesquels aucun incident ne s'est produit au moment de l'accouchement, tout à fait normal. Il est certain que, comme le dit M. Brodhurst, il est facile d'expliquer le déboîtement dans les manœuvres nécessitées par la présentation du siège; mais, après la naissance, même quand des manœuvres ont été nécessaires, l'enfant n'a pas présenté de luxation, et celle-ci n'a été constatée que vers un an ou deux ans. « C'est qu'elle avait été méconnue », dit le chirurgien de Londres.

A cela il n'y a rien à répondre, et nous nous bornons à enregistrer les faits. M. Brodhurst ne nie pas, du reste, complètement les autres causes : arthrite, arrêt de développement, etc.; il réhabilite simplement le traumatisme, qui peut aussi avoir son importance.

Au point de vue thérapeutique, M. Brodhurst pense que, jusqu'à deux ans, la tête du fémur peut être facilement réduite par des manœuvres et que, comme à cette époque la cavité cotyloïde n'est pas comblée, on peut ainsi obtenir la guérison. Il ne faudrait cependant pas croire qu'il y ait une période fixe pendant laquelle l'acetabulum reste indemne. On peut en effet le voir se combler de bonne heure et on ne trouve, comme l'a démontré Cruveilhier, qui, même à l'âge de seize ans, ont conservé leur forme et leur cartilage.

M. Brodhurst n'opère pas quand il a constaté la formation d'une nouvelle articulation, car les mouvements sont libres et, à ce moment, il n'y a pas de danger de voir la tête remonter indéfiniment et la boiterie être augmentée d'autant. Mais quand la tête n'est pas fixée et que, par conséquent, elle n'est pas reçue dans une cavité, soit ancienne, soit nouvelle, destinée à la maintenir, il intervient, fait des ténotanies et, avec une gouge spéciale, il gratte tout ce qu'il peut, de façon à creuser une cavité suffisante pour recevoir la tête fémorale. Chose curieuse, il opère par la voie sous-cutanée et n'est jamais intervenu à ciel ouvert. E. R.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1896

Parmi les causes de la mortalité infantile, la privation des soins maternels est certainement l'une des plus puissantes.

M. Lagneau vient, aujourd'hui, attirer l'attention sur le chiffre énorme des enfants qui succombent dans le premier âge, lorsque les soins de la mère leur font défaut.

En 1893, il y avait en France 14,969 orphelins et 78,934 enfants trouvés et abandonnés, soit en tout 93,903 enfants assistés. Or 68 % de ceux-ci meurent avant vingt ans. Plus de 5,000 nourrices par an viennent à Paris, abandonnant leurs enfants, avant le septième mois, à des parentes, à des amies. La mortalité de ces enfants peut s'élever jusqu'à 77 %.

Il est malheureusement dans notre état social, bien d'autres circonstances dans lesquelles les mères sont obligées de confier leurs enfants à des soins étrangers; les ouvrières, les femmes employées dans le commerce, dans l'administration, les domestiques, etc., ne peuvent allaiter et soigner elles-mêmes leurs enfants.

Sur les 181,943 nouveau-nés enregistrés en 1891, dans les villes de plus de 20,000 âmes, 44,839, c'est-à-dire près d'un quart, ont été déclarés comme devant être envoyés en nourrice; cette proportion s'élève, à Paris et à Lyon, à un tiers.

La mortalité des nourrissons parisiens, suivant leur âge et les conditions de leur placement, varierait de 21 à 52 %.

« Lorsqu'on voit, dit en terminant M. Lagneau, combien la privation des soins maternels accroît la mortalité de l'enfant, on comprend combien il importe :

« 1° De multiplier tous les moyens qui permettent à des mères, de plus en plus nombreuses, de conserver près d'elles leurs enfants;

« 2° D'étendre à des enfants, de plus en plus nombreux, l'application encore incomplète, de la loi de protection des enfants du premier âge ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Deux importants rapports ont été faits mercredi dernier, à la Société de Chirurgie, par MM. Ricard et Picqué.

Le premier avait trait à un travail adressé par M. Walther, sur *six cas d'abcès du foie*. Cette question intéressante s'est enrichie de ces nouvelles observations bien prises, et on peut résumer le rapport de notre ami Ricard, dans les considérations suivantes :

D'abord, il passe en revue les faits, et nous montre que, six fois, la dysenterie a été la cause de la suppuration hépatique. Dans un cas, on a trouvé du streptocoque; dans un autre cas, il n'y a pas eu d'examen bactériologique fait; dans trois cas, on a trouvé des microbes, et enfin, une fois le pus a été reconnu complètement stérile.

Cette question de la stérilité du pus, dans les abcès du foie, est une actualité scientifique, et M. Ricard, après avoir énuméré et rappelé les travaux de Peyrot, les thèses de Cotta et de Détret, à la Faculté de Paris, conclut très sagement de la façon suivante :

« Les abcès à pus stérile sont fréquents ; mais cette fréquence n'est que relative, et il ne semble pas que, dans les suppurations hépatiques, conséquences d'un séjour dans les pays chauds, cette stérilité soit plus manifeste. »

Ce qu'il faut savoir, c'est qu'en général tous les pus vieux sont stériles, et dans le foie, cette règle est la même que dans tous les autres organes.

M. Ricard n'en veut, pour nouvelle preuve, que l'observation de M. Walther, la seule qui a donné un examen négatif et qui montrait une suppuration remontant environ à sept mois.

Dans ces six cas, il faut noter aussi le siège de l'abcès placé trois fois en arrière, sur la face convexe du foie, et trois fois en avant.

Pour les abcès postérieurs, M. Walther a suivi la méthode d'Israël, a réséqué la neuvième côte, et deux fois a rencontré la plèvre soudée au diaphragme, ce qui lui a permis d'ouvrir facilement la poche.

Dans les abcès antérieurs, traités par la laparotomie médiane, une fois il existait des adhérences, deux fois il n'y en avait pas La suture du foie à la paroi, avant ouverture de l'abcès fut possible dans un cas, impossible dans l'autre et, dans ce dernier, M. Walther pratiqua, par la canule qui avait servi à découvrir le pus, des lavages qu'il recommande avant d'ouvrir définitivement la cavité.

M. Ricard nous dit ensuite que la guérison fut obtenue quatre fois sur six, et dans les deux décès, l'opération avait été trop tardive. De plus, la cicatrisation a été très rapide, ce qui amène le rapporteur à penser que le curettage de l'abcès, préconisé par Fontan, n'est pas nécessaire.

En résumé, M. Ricard adopte les conclusions de M. Walther, qui sont les suivantes :

Les abces du foie peuvent être stériles, mais ne le sont pas toujours.

Il faut les ouvrir soit en avant, soit en arrière, suivant leur siege.

Dans les cas où il n'existe pas d'adhérences, il est prudent de laver la poche et de la suturer avant d'ouvrir largement la cavité de l'abcès.

M. Routier saisit l'occasion de citer l'intéressante observation d'un malade qui, il y a sept ans, avait été au Tonkin. Cinq ans apres son retour se manifestèrent les premiers symptômes de la maladie. Il fut pris pour un phtisique, adressé à M. Rendu, qui fit le diagnostic d'abcès du foie, et adressé à M. Routier, qui fut chargé d'ouvrir cet abcès.

L'opération fut simple, la voussure étant considérable et l'espace intercostal très élargi. Celui-ci, ponctionné, laissa couler un pus complètement stérile.

— Arrivons au rapport de M. Picqué sur *trois cas de grossesse extra-utérine* communiqués par M. Potherat.

Le rapporteur fait d'abord le réaumé de ces trois observations. Dans la première, il y avait grossesse dans une corne utérine. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée et la malade guérit.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une hématocèle. La colpotomie postérieure fut pratiquée ; il sortit du sang et des caillots, et l'hystérectomie vaginale fut jugée nécessaire. — Guérison.

Enfin, dans la troisième observation, il s'agissait d'une grossesse extra-utérine avec un fœtus de sept mois. Devant les accidents pressants, la laparotomie antérieure fut faite avec marsupialisation de la poche, le placenta étant laissé dans le ventre. Deux fois, il y eut une ascension de 39°6 ; mais la malade guérit.

M. Picqué part de ces trois observations pour étudier la question à un point de vue général, et commence d'abord par se demander ce qu'on peut entendre par le terme grossesse extra-utérine. Pour lui, la grande différence serait la suivante :

Dans la grossesse extra-utérine, la vie du fœtus continue ; dans l'hématocèle, elle est arrêtée. Il est nécessaire de ne pas confondre ces cas comme l'a fait M. Potherat, ainsi que M. Pinard, qui a rangé sous la même dénomination des faits disparates, même les kystes fœtaux.

Passant au traitement, le rapporteur nous dit : Pour la grossesse extra-utérine, l'opinion est adoptée : il faut faire la laparotomie, et de bonne heure ; et, en effet, en attendant la viabilité du fœtus, on risque de perdre la nière : c'est ce qui est arrivé à M. Pinard, et c'est ce qui a failli arriver à M. Potherat.

Quant à la voie vaginale, M. Picqué la condamne, car elle a de nombreux désastres à son actif.

Pour la conduite à tenir à l'égard du placenta, aujourd'hui, il est admis qu'on doit le laisser dana la poche, à moins qu'une hémorragie grave ne vous force à faire l'ablation de la poche, ce qui est très dangereux.

M. Reynier répond à M. Picqué que, pour lui, il y a confusion jusqu'au cinquième mois, puisque, jusqu'à cette époque, il est impossible de savoir s'il s'agit d'une grossesse avec fœtus vivant ou mort.

La question importante est la question de traitement, et M. Reynier abandonne complètement la voie vaginale pour adopter la laparotomie. Ses raisons sont les suivantes : on voit ce qu'on fait ; de plus, la lésion est unilatérale et permet de conserver un utérus qui peut encore servir.

L'incision vaginale est une opération incomplète, car on laisse les annexes, c'est-à-dire la cause des accidents, et, quoi qu'on en ait dit, il est impossible par la colpotomie postérieure de reconnaître leur état, perdues qu'elles sont au milieu des caillots sanguins. Deux fois M. Reynier a pratiqué l'incision vaginale. Dans un cas, il a été obligé de faire l'hystérectomie vaginale dans la suite ; et le second cas dans lequel il s'agissait d'une hématocèle, a bien guéri de son hématocèle, mais a gardé une trompe d'un gros volume, qu'il eût été imprudent d'enlever, et qui peut donner lieu lieu à de nouveaux accidents.

M. Reynier cite une troisième observation dans laquelle la laparotomie lui a permis d'évacuer le sang et les annexes, et cela de la façon la plus simple.

M. Championnière appuie le dire de M. Reynier. Dans la grande majorité des cas, le diagnostic est impossible. On

ne sait même pas si on a affaire à une grossesse avec fibrome ou à une grossesse extra-utérine; et il est encore bien plus difficile de reconnaitre s'il y a un fœtus ou s'il n'y en a pas.

Au point de vue du traitement, M. Championnière a toujours protesté contre l'intervention par le vagin, car il est important de voir clair, surtout quand il y a une hémorragie. Il a toujours pratiqué la marsupialisation de la poche, bien avant même que cette dénomination fût adoptée. Quant à la vie du fœtus, elle ne doit pas entrer en ligne de compte à cause des dangers que son salut peu probable fait courir à la mére. EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 10 JANVIER 1896

Les cas de *rougeole à rechute*, sur lesquels MM. Chauffard et Lemoine ont appelé l'attention de la Société dans une récente communication, doivent être assez rares, d'après M. COMBY. Sur plus de sept cents cas de rougeole qu'il a observés à Trousseau, il n'a vu ni une récidive ni une rechute. MM. Chauffard et Lemoine ont bien mis en relief la difficulté du diagnostic dans les faits de rougeole à rechute; l'exanthème buccal, que M. Comby a étudié dans une précédente séance, aurait ici une réelle importance diagnostique; mais M. LE GENDRE, qui, depuis la communication de M. Comby, a trouvé souvent cet exanthème dans la rougeole, l'a constaté aussi dans la scarlatine. L'exanthème buccal de M. Comby ne doit donc pas être regardé comme un signe pathognomonique.

Le mot *méningisme*, on s'en souvient, a été plusieurs fois prononcé à la Société dans ces dernières séances. M. GILLES DE LA TOURETTE s'élève contre cette expression qui ne sert qu'à masquer une absence de diagnostic. Méningisme n'a pas plus de valeur que nervosisme, péritonisme. Les faits rapportés sous cette étiquette de méningisme ne sont le plus souvent que des manifestations de l'hystérie; alors que les autres stigmates de la névrose font défaut, on pourrait s'en convaincre par l'examen des urines qui démontrerait, dans la plupart des cas, une diminution du résidu fixe et l'inversion de la formule des phosphates. M. HUTINEL défend cependant le terme qu'attaque M. Gilles de la Tourette. Au cours d'infections diverses, certains enfants présentent tous les signes d'une méningite classique, même l'élévation thermique. Or, il ne s'agit pas du tout de méningite, ainsi qu'on s'en rend quelquefois compte à l'autopsie. Chez des enfants de quelques mois, à deux ou trois ans, on ne peut invoquer l'hystérie, ni rechercher l'inversion de la formule des phosphates. Ces accidents sont dus probablement à une toxémie. L'examen bactériologique des liquides de l'organisme, y compris le liquide céphalo-rachidien, est toujours resté négatif dans les cas où M. Hutinel l'a pratiqué. A l'hypothèse de toxémie correspondrait bien la congestion de la surface de l'encéphale, congestion toujours très intense dans les mêmes cas. Le terme de méningisme mérite donc d'être conservé pour désigner ces faits qui simulent une méningite sans qu'il y en ait les lésions.

— Il est logique de chercher à appliquer au traitement de toutes les maladies infectieuses les principes de la méthode sérothérapique; on pouvait penser que la variole, en particulier, serait justiciable de cette méthode. C'est de ce côté que M. BÉCLÈRE a dirigé ses recherches depuis les premiers jours de 1893, et il vient aujourd'hui non point donner les règles d'un traitement méthodique par un sérum antivarioleux, mais résumer ses premiers travaux devant la Société et lui soumettre les raisons qui paraissent légitimer contre la variole l'emploi en quantité assez considérable du sérum qu'il a obtenu. M. Béclère a déjà exposé à l'Académie de médecine les résultats de ces premiers travaux entrepris avec la collaboration de MM. CHAMBON et SAINT-YVES-MÉNARD.

Après avoir rapidement analysé les tentatives sérothérapiques de MM. Auché, de Bordeaux, Landmann, de Francfort, et celles de M. Mac-Elliot, en Amérique, soit avec du sérum de varioleux guéris, soit avec du sérum d'animaux vaccinés, M. Béclère arrive à ses propres recherches. Un fait qu'elles ont mis hors d'abord hors de doute est le suivant: le sérum de génisse vaccinée, recueilli après la dessication des pustules, quand la période virulente est terminée, possède vis-à-vis de la vaccine une action immunisante due à des substances chimiques en dissolution. L'immunité conférée par le virus vaccinal diffère beaucoup de celle que donne le sérum de génisse vaccinée. La première est, on le sait, longue à se produire; aussi le virus vaccinal est-il impuissant à prévenir la variole s'il ne pénètre dans l'organisme cinq jours au moins avant le contage de cette maladie; au-dessous de ce délai, variole et vaccine évoluent côte à côte sur le même sujet.

L'action immunisante du sérum de génisse vaccinée est, au contraire, rapide et immédiate, pour ainsi dire. Ce sérum exerce sur la vaccine une action thérapeutique évidente; il rend stériles les éléments éruptifs.

Par contre, l'immunité conférée par le virus vaccinal est de longue durée, tandis que tout fait présumer que l'immunité conférée par le sérum de génisse vaccinée disparaît vite. Jamais, pour cette raison, le sérum de génisse vaccinée ne pourrait remplacer le vaccin comme moyen préventif contre la variole, à supposer qu'il se comportât à l'égard de cette maladie comme il le fait vis-à-vis de la vaccine.

Il était naturel de chercher à augmenter le pouvoir immunisant de ce sérum; mais l'injection quotidienne, pendant quarante-deux jours, sous la peau d'une génisse, d'une quantité notable de virus vaccinal, n'a point renforcé d'une manière appréciable le pouvoir immunisant du sérum de cet animal.

Après ces nombreuses expériences sur les animaux, M. Béclère se crut autorisé à injecter à des varioleux, du sérum de génisse vaccinée. Le sérum fut recueilli suivant les règles ordinaires, et les animaux qui l'avaient fourni furent abattus, afin que l'on pût s'assurer qu'ils n'étaient point tuberculeux.

Pour agir contre la vaccine, il faut injecter une quantité de sérum égale à la centième partie du poids de l'animal en expérience, et cela immédiatement avant la vaccination. On pouvait prévoir que pour être utile aux varioleux, il faudrait au moins doubler cette dose, puisque les malades n'entrent guère à l'hôpital qu'à la période d'éruption, et plutôt au second ou troisième jour de cette période. Mais il est difficile chez les adultes, d'injecter une quantité aussi considérable de sérum. M. Béclère l'a fait cependant; une malade qu'il présente à la Société, a reçu sous la peau de l'abdomen, en trois injections successives, dans l'espace d'une heure, 1,560 centimètres cubes de sérum de génisse vaccinée. Cette malade a parfaitement et rapidement guéri, sans éprouver aucun inconvénient local ni général. Chez les enfants, on peut, au contraire, injecter facilement une quantité de sérum égale au cinquantième de leur poids. Un nouveau-né de vingt et un jours, atteint d'une variole grave, en a reçu la vingtième partie de son poids. Il a parfaitement guéri sans aucun accident local ni général.

M. Béclère ne veut point d'ailleurs préjuger de l'efficacité, contre la variole, du sérum de génisse vaccinée. Cette efficacité ressortira, il faut l'espérer, des résultats obtenus chez les malades qu'il a ainsi traités, et dont il donnera bientôt les observations.

— M. Joffroy communique l'histoire d'un alcoolique, atteint de cirrhose atrophique, à laquelle il succomba, et qui présenta au cours de cette affection, des symptômes de *pseudo-paralysie générale*. On sait que des troubles cérébraux divers sont quelquefois en connexion intime avec telle ou telle affection viscérale (folies sympathiques).

C'est ainsi qu'il existe des troubles nerveux d'ordre hépatique : folie hépatique, délire hépatique, coma hépatique, éclampsie hépatique, etc. Le fait de M. Joffroy semble être le premier fait signalé jusqu'ici de pseudo-paralysie générale hépatique.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

MM. Gilbert et Dominici ont étudié l'effet antiseptique des purgations. Ils ont administré à un homme adulte sain, le matin à jeun, un purgatif composé de 15 grammes de sulfate de soude et de 15 grammes de sulfate de magnésie. Ses évacuations se sont produites le jour même, atteignant le poids total de 1 kil. 510. Le nombre des microbes contenus dans chacune d'elles, par milligramme, s'est montré de : 1° 312,000; 2° 280,000; 3° 284,000; 4° 228,400; 5° 268,320; 6° 260,000. En moyenne, le nombre des microbes a donc été de 272,253 par milligrammes, et le nombre total des microbes éliminés dans la journée, de 411,102,030,000; c'est-à-dire de plus de 411 milliards.

Les fèces du sujet de cette expérience, dans les conditions normales, contenaient 67,000 germes par milligramme, et le chiffre total des microbes éliminés quotidiennement par lui étaient de 12 milliards environ. Sous l'action du purgatif, l'élimination était devenue trente-quatre fois plus active.

Il est probable que le chiffre de 272,253, qui exprime le microbisme moyen d'un individu soumis à l'action purgative, est voisin de celui que l'on obtiendrait par le dénombrement des microbes de l'iléon. Il est environ quatre fois égal à celui que fournit la numération des microbes des fèces normales (67,000); chez le chien, de même, on compte quatre fois plus de microbes dans l'iléon (100,000) que dans les fèces (25,000).

Il est également probable que le chiffre de 411 milliards s'approche sensiblement de celui qui exprime le microbisme numérique du tube digestif.

La purgation, qui amène une augmentation remarquable du nombre des germes contenus dans les fèces, entraine sans doute aussi un accroissement de leur virulence, puisque les microbes de l'intestin grêle sont plus virulents que ceux du gros intestin.

S'il est possible que la multiplication, dans l'intestin, des microbes qui l'habitent et l'exaltation de leur virulence puisse amener la production de la diarrhée, il est donc certain d'autre part — et cette notion nous parait digne d'être d'être retenue — que la diarrhée entraine une augmentation du nombre et de la virulence des fèces.

L'action purgative des sulfates de soude et de magnésie, chez le sujet sur lequel les auteurs ont expérimenté, s'est poursuivie le lendemain du jour de leur ingestion et s'est traduite le matin de ce jour par une selle diarrhéique contenant 55,000 microbes par milligramme, et près de 20 milliards en totalité.

Mais le lendemain, les fèces avaient repris leurs caractères normaux. Leur poids était de 430 grammes; elles étaient donc abondantes; par contre, elles étaient extrêmement pauvres en germes, puisqu'elles n'en contenaient que 1,350 par milligramme, et en totalité, par conséquent, 580,500,000; c'est-à-dire un peu plus d'un demi-milliard.

Si l'on se rappelle que dans les conditions normales, 12 millions de microbes étaient éliminés, on voit que malgré l'abondance des fèces, le nombre des germes s'était réduit au 20e environ du chiffre normal.

Le purgatif avait donc désinfecté l'intestin et amené une asepsie, sinon absolue, du moins remarquable de ce canal.

Il est probable que la durée de cette asepsie est fort courte, et que rapidement les fèces reprennent leur type microbien, mais MM. Gilbert et Dominici ne peuvent appuyer cette manière de voir sur aucune expérience.

Précédemment, ils ont établi que le régime lacté est capable d'amener une asepsie presque absolue du tube digestif. Son action, lente et progressive, ne produit son plein effet qu'au bout de cinq jours, mais elle est soutenue, c'est-à-dire qu'elle s'exerce aussi longtemps qu'est maintenu le régime lui-même. L'on ne saurait demander aux purgatifs une asepsie persistante, mais ils opèrent avec une grande rapidité; leur vertu désinfectante est donc inverse à celle du lait, et, pour ainsi dire, complémentaire.

(La fin au prochain numéro.)

LES LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations, muscles, tendons, synoviales tendineuses, par L. Picqué et Mauclaire. — 2 vol., Paris 1895, O. Doin, édit.

La *Bibliothèque de Thérapeutique*, publiée à la librairie O. Doin, vient de s'enrichir de deux nouveaux volumes dus à la plume de nos amis Picqué et Mauclaire; comme leur titre l'indique, ils ont trait à la thérapeutique de l'appareil locomoteur.

Le premier livre est consacré à l'étude des épanchements, des plaies, des traumatismes articulaires ainsi qu'aux luxations. Le second embrasse toutes les arthrites, les luxations congénitales, les difformités articulaires, les ankyloses, etc., et se termine par les maladies chirurgicales des aponévroses, des muscles, des tendons, des synoviales tendineuses et des bourses séreuses.

Il est difficile en quelques lignes de donner une idée de toutes les bonnes choses contenues dans cet ouvrage. Il n'y a qu'à conseiller de le lire. Pour montrer cependant le soin avec lequel les différents articles ont été écrits, et le travail que cela a dû coûter aux auteurs, disons que chaque affection commence par un historique des méthodes employées pour la guérir; que les symptômes nécessaires à la compréhension de la thérapeutique ont été scrupuleusement notés, et enfin que le chapitre finit par le traitement de choix, celui que les auteurs préfèrent et auquel ils conseillent le praticien de s'adresser. C'est cette partie, pour nous, la plus intéressante du volume, celle correspondant au but même de la bibliothèque de thérapeutique, et il nous semble, mais ce n'est qu'un simple avis, que nous nous serions peut-être un peu plus étendus sur les différents détails qu'elle comporte.

On peut bien faire une légère critique à un livre qui a droit à tous les succès, et c'est pour cela que nous nous la sommes permise.

Ajoutons que 178 figures ornent cet ouvrage et faciliteraient, s'il en était besoin, sa compréhension.

E. R.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés officiers d'académie : MM. Achalme, Adler, Audigé, Barbe, Barbillon, Belin, Bloch, Bonnet, Bourge, Brisson, Claude, Conil, Culan, Delaunay, Depieris, Dupont, Fourrier, Gouverné, Jasienski, Kœnig, Laborde, Lavielle, Manson, Michelon, Molénes, Nattier, Ottinger, Réteaud, Salmont, Soulié, Spira, Tessier, docteurs à Paris ;

MM. Bardon, de Brive (Corrèze); Barthés, à Caen; Bertrand, à Consenvoye (Meuse); Beulard, à Villefranche (Yonne); Blanc de la Garde (Var); Bonnarme, à Pons; Bonnenfant, à Saint-Prouant (Vendée); Borel, à Chabeuil (Drôme); Bouchoir (Lorient); Boy-Tessier, de Marseille; Bron, de Crazannes; Burlol, des Bouches-du-Rhône; Canteteau, Sables-d'Olonne (Vendée); Carrié, de Varennes (Dordogne); Castaing, à la Rochelle; Cagnoleau, à Rochefort; Chaplain, à Maromme; Combalat, à Marseille; Ducros, à la Réole; Duprez, à Neuve-Chapelle (Pas-de-Calais); Font-Réault, à Saint-Julien (Haute-Vienne); Gaud, à Melle (Deux-Sèvres); Guiderdoni, d'Aulauch; Guillaume, à Guillestre (Hautes-Alpes); Komorowski, à Mondoubleau; Labatut, à Dax; Laurent, de Briey; Le Bouteillier, à Valogne; Legrand, à Biarritz; Legrand, à Beaufort-en-Vallée; Maisonnave, de Castets (Landes); Marie, à Dun-sur-Avron; Marty, à Fleury-d'Aude; Meunier, de Tours; Monard, de Sains (Somme); Périgord, à Limoges; Petitjean, à Decise (Nièvre); Phélippot, à Bordeaux; Plantin, à Suze-la-Rousse; Prévcat, à Pont-l'Evêque; Ranty, d'Ambazac; Santelly, à Isle-Rousse (Corse); Steibel, à Tournan; Terrien, à Essarts (Vendée); Tourtelot, à Saint-Fort-sur-Gironde; Valette, à Cahors; Vidal, à Plaulhaguet; Vignes, de Corbeil; Wurtz, à Compiègne.

Faculté de Médecine de Paris. — PRIX DE THÈSES (année scolaire 1894-1895). — *Médailles d'argent :* MM. Bezançon (Fernand); Charcot (Jean); Delbet (Paul); Huber (Adolphe); Jayle (Félix); Jourdan (Maurice); Londe (Paul); Michon (Edouard); Phulpin (Emile); Reymond (Emile).

Médailles de bronze : MM. Bergé (André); Bietrix (Eugéne); Bresset (Marcel); Chaillou (Auguste); Cocagne (Adrien): Damaye (Léon); Delabost (Emile); Durante (Gustave); Duvivier (Denis); Genouville (Félix); Glantenay (Louis); Gouget (Albert); Halipré (André); Hulot (Henri); Laisney (Vital); Lapicque (Louis); Leseigneur (Maximilien); Moreigne (Henri); Phîot (Auguste); Rodriguez (Isidore); Wassermann (Melville).

Mentions honorables : MM. Bernard (Félix); Corby (Georges); Crochet (Auguste); Daumy (Charles); Desgrez (Alexandre); Djoritch (Milenko); Dutournier (Adrien); Flamant (Gustave); Gentilhomme (Ernest); Jacquinet (René); Jeannin (Georges); Juvara (Ernest); Lefilliâtre (Gustave); Maggiar (Emile); Mme Magnus (née Salomon); Marçais (Victor); Moreau (Arthur); Periegaux (Georges); Pouzol (Henri); Quelmé (Jean); Raffray (Alphonse); Gervais de Rouville; Sourdille (Gilbert).

Concours des hôpitaux (Chirurgie). — Ce concours sera ouvert le jeudi 19 mars 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 10 février, et sera clos définitivement le samedi 29 du même mois, à 3 heures.

Société de Chirurgie. — La séance annuelle aura lieu mercredi prochain, 22 janvier. M. Reclus, secrétaire général, prononcera l'éloge de M. Alphonse Guérin.

Comité d'hygiène de la Seine. — M. le Dr Chautemps a été nommé vice-président annuel du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, pour l'année 1896.

Médecine navale. — Le concours pour la chaire de chirurgie militaire et navale près l'Ecole de médecine navale de Toulon, s'est terminé par la nomination de M. le médecin principal de marine Cocquiart.

École de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 16 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'École de médecine de Rennes.

École de médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 12 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Limoges.

École de médecine de Grenoble. — M. Porte, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Berger.

Congrès de Carthage (à Tunis). — La dix-septième section de l'Association française pour l'avancement des sciences (hygiène et médecine publique), qui sera présidée cette année par M. le Dr Mauriac, inspecteur général de la salubrité à Bordeaux, rédacteur en chef du *Journal de Médecine*, a mis à l'ordre du jour de ses travaux, en dehors des communications personnelles, la question suivante :

« Quels moyens peut-on employer pour empêcher la propagation des maladies contagieuses par les wagons de chemins de fer et les voitures publiques ? »

En Allemagne. — La municipalité de Kiew a voté la création d'un Institut Pasteur dans cette ville. Le professeur Podvissotsky sera chargé de la direction de cet Institut.

— A l'occasion du centenaire de l'Institut, le Président de la République a signé, sur la proposition de M. Berthelot, ministre des affaires étrangères, un décret nommant au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur le professeur Virchow.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Labrie, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants malades, âgé de 71 ans, et de MM. les Drs Besson et Spiegel (de Paris), Couturier (d'Épinal).

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

Hôpital de la Pitié. — Service de M. ALBERT ROBIN

LE PURPURA

(Leçon faite par le Dr Georges Baudouin.)

Définition. — Sous ce nom, on entend, en pathologie, les manifestations cutanées constituées par des taches d'un rouge vif ou d'un bleu violet, plus ou moins étendues, peu ou pas saillantes, ne disparaissant pas à la pression, tous caractères qui permettent de les rattacher à des hémorragies interstitielles de la peau.

Ainsi compris, le purpura n'est pas une maladie déterminée, mais un syndrôme relevant de causes très diverses.

Description générale. — Les caractères généraux des éléments purpuriques sont les suivants :

1° Une *coloration* rouge ou bleuâtre, ne disparaissant pas sous la pression, passant successivement aux teintes jaune, brune, et enfin rouillée, comme la coloration d'une ecchymose traumatique ;

2° Une étendue et des formes variables : Tantôt, en effet, ils sont punctiformes, saillants au centre, et prennent alors le nom de pétéchies; tantôt, arrondis ou allongés, plus étendus, vraies ecchymoses; quelquefois accompagnés d'un épanchement sanguin profond, qui donne lieu à une induration plus ou moins étendue ;

3° Leur apparition par poussées successives ;

4° Leur localisation fréquemment symétrique aux membres inférieurs surtout, ou aux muqueuses où ils forment des bulles qui se rompent dans la suite ;

5° Leur *évolution* : Ces éléments purpuriques disparaissent en laissant à leur place des taches pigmentaires ; quelquefois, au contraire, ils aboutissent à la formation d'eschares donnant lieu, dans la suite, à des ulcérations, suivies elles-mêmes de cicatrices plus ou moins persistantes.

Parfois, enfin, le purpura s'accompagne d'hémorragies diverses : épistaxis, hématemèses, mélœna, stomatorrhagies, hématuries, souvent précédées ou suivies d'albuminurie, métrorrhagies, plus souvent hémophtysies. Dans certains cas, ce sont des hémorragies intertitielles qui se développent, par exemple dans les centres nerveux.

Anatomie pathologique. — Il n'y a que quelques années encore, le purpura était considéré comme le résultat d'une extravasation sanguine dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; opinion fondée sur ce fait que, contrairement à ce qui semblait la règle pour les éléments purement congestifs, les éléments purpuriques ne s'effaçaient pas sous la pression.

Mais, en réalité, les éléments purpuriques sont constitués différemment suivant les cas :

1° Tantôt on ne trouve que des amas de globules sanguins à leur niveau ;

2° Tantôt il n'y a qu'une simple dilatation des capillaires, ainsi que l'a constaté M. Cornil. Dans ces cas, il y a donc congestion considérable avec un certain degré d'extravasation de globules rouges. C'est, par conséquent, une exagération des lésions de l'érythème; de là l'assimilation clinique qui a été proposée entre certains purpuras et l'érythème polymorphe ;

3° Souvent, en outre, les vaisseaux sont le siège des lésions plus ou moins accusées : telles que desquamation de l'endothélium des capillaires (capillarite desquamative de Leloir), endartérite des vaisseaux plus gros (Ilayem), embolies capillaires, dans les purpuras infectieux.

Étiologie et pathogénie. — Le syndrôme que nous étudions relève, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, de causes diverses ; et, en effet, le purpura peut être observé comme manifestation secondaire à des affections très différentes.

Il relève quelquefois de causes purement mécaniques, tel est le purpura consécutif à la stase vasculaire (dans la phlegmasia alba dolens, l'asystolie, la décompression rapide par enlèvement d'un pansement compressif), à la compression dans l'ascite, aux efforts de vomissements, ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes. Dans ce dernier cas, le purpura s'était développé à la face aussitôt après une série de vomissements répétés, occasionnés par une indigestion et accompagnés d'efforts qui, par leur violence, avaient attiré l'attention de tout l'entourage de la malade. Celle-ci, d'ailleurs, était une jeune femme vigoureuse et chez laquelle il fut impossible d'invoquer aucune autre cause au purpura que celle d'ordre mécanique que nous signalons.

Bien plus fréquemment, en réalité, on peut ratta-

cher le purpura à l'une des conditions pathogéniques d'ordre plus médical que nous allons énumérer :

1° *Lésions cutanées :* purpura secondaire aux érythèmes, eczéma, syphilides ;

2° *Lésions vasculaires :* adénite, hémophylie ;

3° *Intoxications* par l'iodure (Fournier), le phosphore, l'arsenic, le choral, le sulfate de quinine (purpura survenant à côté d'éruptions eczémateuses chez les ouvriers qui préparent le sulfate de quinine), l'alcoolisme (purpura lié à la névrite alcoolique). Nous attribuerions volontiers à une origine toxique un cas de purpura que nous avons vu survenir aux membres inférieurs, à la suite de piqûres d'insectes. Dans le même groupe étiologique, nous rangerons les purpuras de l'ictère grave et de l'urémie, qui sont la conséquence d'auto-intoxications ;

4° *Cachexies :* purpura de l'anémie pernicieuse, de la pellagre, de la lymphadénie, de la leucocythémie, du paludisme chronique, des affections de la rate non paludéennes, du mal de Bright, de la syphilis héréditaire, enfin et surtout, du cancer et de la tuberculose ;

5° *Maladies infectieuses aiguës :* fièvres éruptives, fièvre typhoïde, blennorrhagie, endocardite ulcéreuse, infections streptococciques (amygdalite, infection puerpérale) ;

6° *Altérations du système nerveux :* purpura consécutif aux douleurs fulgurantes du tabès, purpura myélopathique.

Le purpura, enfin, dans certains cas, se montre comme phénomène unique, absolument indépendant de tout état pathologique concomitant.

En réalité, si toutes ces variétés de purpura sont intéressantes au point de vue étiologique, il n'en est plus de même en clinique, où il est plus rationnel de décrire les types qui se présentent à l'observation avec les caractères les plus tranchés. Nous en distinguerons trois formes principales :

1° *Le purpura infectieux primitif;*

2° *Le purpura rhumatoïde;*

3° *La maladie de Werlhof.*

I. — Purpura infectieux primitif

Dans cette classe rentrent les purpuras survenant comme manifestation clinique principale dans des maladies infectieuses non classées et accompagnées de phénomènes généraux plus ou moins accusés.

Ces associations donnent lieu à un certain nombre de types morbides, dont les principaux sont les suivants :

1° Typhus angiohématique (décrit par MM. Landouzy et Gomot). Maladie qui débute brusquement, par un frisson, ou lentement, par un malaise général, suivi d'hémorragies diverses (pétéchies, ecchymoses parfois très larges, disséminées), bientôt accompagnées d'un état général grave, avec pâleur, stupeur, abattement, délire, sécheresse des lèvres et de la langue, température élevée, atteignant 40° et au-delà ; il se produit, en même temps, de l'albuminurie, quelquefois de l'ictère, voire même de la gangrène au niveau des éléments purpuriques. La mort, qui termine ordinairement la maladie, survient souvent rapidement, brusquement même, par le fait d'une hémorragie. Parfois, cependant, elle survient lentement, à la suite d'une adynamie profonde qui se développe progressivement ;

2° Dans une autre forme, décrite par Henoch, sous le nom de purpura fulminant, et spécial au jeune âge, le début se fait aussi brusquement par un frisson ou par des hémorragies répetées, bientôt suivies d'une fièvre plus ou moins intense. Des ecchymoses étendues se montrent en différents points des téguments, des hémorragies au niveau de différents organes, et les petits malades meurent d'adynamie en quelques heures, ou exceptionnellement en quelques jours.

Dans certains cas de purpura infectieux, les symptômes généraux se montrent très atténués. Ce qui frappe surtout l'attention ce sont des éruptions de pétéchies, d'ecchymoses disséminées, asymétriques, accompagnées d'œdèmes périphériques, quelquefois même d'arthropathies infectueuses. Parfois enfin des hémorragies viscérales peuvent survenir, l'état général peut alors s'aggraver, des plaques de gangrène cutanée peuvent se montrer et contribuer à compromettre la vie des malades. La guérison cependant est le mode de terminaison le plus fréquent de ces formes, en dépit de ces complications; elle se produit alors après une convalescence plus ou moins longue.

L'allure générale de la maladie, son évolution, tous ses caractères cliniques, en un mot, sont ceux d'une maladie infectieuse. Les recherches faites depuis quelques années pour en éclairer la pathogénie, démontrent en effet que suivant les cas on a affaire à des infections différentes, par des agents spécifiques variables, microcoques (Martin et Simard : Tizzoni et Giovannini), streptocoques (Hanot et Ruget), pneumocoques (Claisse).

Le Diagnostic devra être fait avec : 1° *l'érythème polymorphe*; 2° *le rhumatisme infectieux*; 3° *le scorbut*; 4° *la variole hémorragique.*

1° *L'érythème polymorphe* siège surtout aux membres supérieurs; ses éléments s'effacent sous la pression. Le purpura infectieux ne présente pas cette localisation et ses éléments persistent malgré la pression;

2° *Dans le rhumatisme infectieux*, la prédominance des manifestations articulaires;

3° *Dans le scorbut*, les conditions étiologiques, l'état fongeux des gencives;

4° *Dans la variole hémorragique*, l'intensité de la rachialgie et de la fièvre, la notion de l'épidémicité... tous ces caractères, toutes ces considérations sont autant d'éléments qui serviront de base au diagnostic.

II. — Purpura rhumatoïde

Désigné encore sous les noms de *purpura rhumatismal*, *purpura myélopathique primitif*, *péliose rhumatismale*. Cette forme présente au point de vue clinique, deux périodes très distinctes :

Dans la première période, les malades accusent des douleurs musculaires et articulaires, aux membres inférieurs surtout, avec épanchement intra-articulaire, passager du reste, peu abondant. Les téguments sont le siège d'un œdème blanc ou rosé, plus ou moins intense, quelquefois passager, limité aux régions péri-articulaires ou plus étendu. Aux symptômes articulaires, se joignent des phénomènes gastro-intestinaux qui, sous forme de vomissements, douleurs épigastriques, coliques intestinales, crises diarrhéiques, souvent accompagnées de mélœna, précèdent presque toujours les manifestations cutanées.

La seconde période est caractérisée par l'éruption qui se fait sous forme de pétéchies, d'ecchymoses ordinairement peu étendues et symétriques aux membres inférieurs, souvent avec des taches d'érythème, saillantes, plus ou moins ortiées.

L'évolution de cette forme de purpura se fait par poussées successives, accompagnées d'accès fébriles, variables, irréguliers, ordinairement peu intenses. Les hémorragies viscérales sont rares, rarement abondantes.

La marche de l'affection est rapide, et la terminaison survient au bout de quelques semaines. Mais, les récidives sont fréquentes et se montrent à intervalles plus ou moins rapprochés.

Le purpura rhumatoïde semble se développer de préférence chez les arthritiques, et être déterminé par les fatigues, le surmenage médullaire; mais en réalité, il paraît n'y avoir que peu ou même pas de rapports entre lui et le rhumatisme vrai. Les deux affections, en effet, ne coïncident pas très exceptionnellement, et les localisations articulaires du purpura sont ordinairement frustes, erratiques, contestables comme manifestations rhumatismales.

Le diagnostic avec le rhumatisme infectieux, le scorbut, l'érythème polymorpho, repose sur les mêmes éléments que celui du purpura infectieux primitif.

Le diagnostic avec les autres formes de purpura repose sur la marche aiguë de l'affection, sans apparition dans le cours d'une santé parfaite.

III. — Maladie de Werlhof

Cette maladie décrite par Werlhof, sous le nom de *morbus maculosus hemorragiens*, débute souvent d'une façon brusque, sans prodrômes, sans fièvre, sans douleurs, par une épistaxis, une stomatorrhagie, ou bien par des ecchymoses cutanées qui, ne gênant nullement le malade, sont découvertes par hasard.

L'éruption purpurique est constituée par des taches punctiformes (pétéchies), stries hémorragiques verjetées (vilices), ou par des ecchymoses énormes, souvent de la largeur d'une pièce de cinq francs à celle de la main, assez importantes pour faire croire à des contusions traumatiques. Ces taches ecchymotiques sont disséminées sans ordre, un peu partout, tantôt nombreuses (éruption confluente), tantôt rares (éruption discrète). Les muqueuses et les viscères peuvent être le siège d'hémorragies plus ou moins abondantes, des épistaxis, de la stomatorrhagie surtout, rarement du mélœna et des hématémèses, plus rarement encore des hématuries, des hémopthysies.

Quelle que soit l'importance de l'éruption purpurique, l'état général reste normal; il n'y a ni fièvre, ni douleurs, ni aucun symptôme concomitant.

L'affection évolue d'ailleurs assez rapidement dans la plupart des cas, absolument comme s'il ne s'agissait là que de déterminations superficielles et purement locales. En quelques jours, en effet, les ecchymoses pâlissent, elles deviennent d'un jaune verdâtre et disparaissent ordinairement en trois semaines au plus, sans laisser de traces. Telle est l'évolution la plus commune de cette forme de purpura, forme véritablement aiguë. Quelquefois, cependant, les ecchymoses se prolongent pendant plusieurs mois, donnant à la maladie l'allure d'une affection chronique.

La maladie de Werlhof est une affection rare, spéciale à la seconde enfance. La pathogénie, encore inconnue et très discutée, a été l'objet de nombreuses théories parmi lesquelles nous ne retiendrons que les trois suivantes :

Pour certains auteurs, elle reconnaîtrait une origine nerveuse. Cette théorie est basée sur certains cas dans lesquels la maladie aurait débuté à la suite d'émotions violentes.

Lasègue la considérait comme le début du scorbut sporadique.

Martin de Gimard en faisait une forme de purpura infectieux bénin.

Ce sont là autant d'hypothèses qui demandent confirmation.

Le diagnostic de la maladie de Werlhof, des plus faciles après la disparition des ecchymoses, demande une attention toute spéciale tant que les éléments

purpuriques subsistent. A cette période, en effet, la maladie en question peut être confondue avec le *purpura rhumatoïde*, le *purpura infectieux primitif*, le *scorbut*. Elle se distingue alors du premier par l'absence de douleurs, du second par l'absence des phénomènes généraux, du scorbut, enfin, par l'absence de gingivite fongeuse, de fétidité de l'haleine, d'œdème des jambes, d'état cachectique. En un mot, c'est un purpura remarquable par l'apyrexie, la bénignité relative et l'absence de tout symptôme concomitant.

L'état imparfait de nos connaissances actuelles, relativement à la nature de différents purpuras, fait que nous ne possédons jusqu'ici aucun traitement spécifique de ces états pathologiques. D'ailleurs, nos notions pathogéniques fussent-elles ici plus précises et plus complètes, que la thérapeutique devrait varier en raison de la multiplicité probable des causes de la maladie. Mais, en attendant que les progrès de la science viennent mettre un terme à notre ignorance, nous devons, en présence d'un cas quelconque de purpura, nous conformer aux principales indications tirées de l'examen du malade. Or, trois points dominent dans la symptomatologie du purpura : 1° l'hémorragie ; 2° l'altération de la santé générale et, 3°, les phénomènes nerveux dans quelques formes.

Contre l'hémorragie qui est constante, on prescrira le repos et l'emploi des hémostatiques généraux ;

Contre l'altération de la santé générale, les toniques, les modificateurs de la nutrition.

Les médicaments nervins, en général, devront être employés dans le cas où certaines manifestations se montreront à côté des manifestations cutanées du purpura.

Georges Baudouin.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Épuration des eaux d'égout et des eaux résiduelles des usines par le sol.

Dans ma chronique du 21 décembre dernier, en rendant compte du procédé Howatson pour l'épuration des eaux vannes, je disais que le *tout à l'égout* et le principe de l'épandage étaient aujourd'hui hors de cause, mais qu'il s'élevait encore de temps en temps des protestations de la part des propriétaires voisins des champs d'irrigation. Cette opposition intéressée n'est pas pour émouvoir les hygiénistes ; mais ce qui ne saurait leur être indifférent, c'est qu'elle a trouvé récemment de l'écho dans leurs rangs eux-mêmes.

Dans une conférence faite à Rouen, il y a six mois déjà, M. le Dr Gabriel Pouchet, professeur à la Faculté de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène de France et directeur du laboratoire de ce Comité, a émis sur ce sujet des doctrines absolument en désaccord avec celles du grand Conseil dont il est membre, et qui tranche, en dernier ressort, toutes les questions d'hygiène.

« L'expérience des champs d'épandage, a dit le « jeune professeur, n'a pas été pratiquée en France « d'une façon absolument certaine. On en a bien « fait une ; mais elle a eu lieu dans des conditions « tellement particulières que, véritablement, il est « difficile de lui accorder grand crédit ; c'est plutôt « *la comédie de l'épandage*. Puis il déclara que pas « un des champs d'épandage établis depuis trente « ans ne fonctionne dans des conditions favorables. Le plus beau spécimen, ajouta-t-il, celui de « Berlin, établi dans les champs sablonneux de la « Sprée, a bien fonctionné pendant quelque temps ; « mais aujourd'hui le sol est saturé, l'eau coule à sa « surface comme sur des pavés unis ; il faut en « chercher un autre. L'épandage peut convenir aux « petites villes qui n'ont qu'une faible quantité « d'égouts à épurer. C'est une mauvaise opération « quand il s'agit d'une ville comme Paris. Le procédé Howatson, au contraire, ne chôme jamais ; « il n'y a pas de saturation, pas d'arrêt à craindre. « Quand un des deux filtres ne fonctionne pas, on « met l'autre en marche, et ils alternent ainsi. »

Cette déclaration, qui a du moins le mérite de la netteté, est, comme je l'ai dit en commençant, complètement en désaccord avec la doctrine du Comité dont M. Pouchet fait partie.

L'an dernier, la ville de Bordeaux, qui, sur 32,000 maisons, n'en a que 12,000 qui aient des fosses à peu près étanches et qui n'a que 70 kilomètres d'égout pour 270 kilomètres de rues. La ville de Bordeaux, dis-je, a voulu compléter son réseau et y pratiquer le *tout à l'égout* en le faisant aboutir à la Garonne. Le Comité consultatif d'hygiène s'est opposé à cette dernière partie du projet. Il lui a semblé impossible d'autoriser ce déversement dans un fleuve que les marées remontent jusqu'à 40 ou 50 kilomètres au-dessus de Bordeaux. Le flux et le reflux, les contre-courants, porteraient ces eaux vannes sur les deux rives, et en compromettraient la salubrité. Le Comité a chargé deux de ses membres, MM. Gariel et Bourneville, de chercher, aux environs de Bordeaux, des champs d'épandage pour recevoir les eaux vannes de la ville ; mais ils n'en ont pas trouvé de convenables (1).

Ce même Conseil, dans sa séance du 14 octobre

(1) D. L. Lande : *Le régime des égouts, la pollution des eaux de la Garonne et la question de l'épandage à Bordeaux*, 1895.

1895, sur le rapport de M. Gariel, a émis un avis favorable au projet d'assainissement qui lui a été soumis au nom de la municipalité de Nîmes. Ce projet consiste dans l'installation du tout à l'égout, et dans l'achat des 172 hectares de terrains nécessaires pour l'épandage des eaux vannes et des eaux pluviales de la ville de Nîmes.

On le voit, la doctrine du Comité consultatif d'hygiène de France n'a pas varié, et la déclaration faite à Rouen, par M. G. Pouchet, n'engage que lui. Ce n'est que l'opinion personnelle d'un esprit libre et indépendant.

Cette question, si grave par ses conséquences, vient d'avoir son retentissement au Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Elle s'y est produite d'une façon indirecte, à l'occasion de l'épandage des eaux résiduelles de l'établissement de la Compagnie Fresne, à Alfortville. Cette compagnie déverse ses eaux, 3,600 mètres cubes environ par an et par hectare, sur une surface de 50 hectares qu'elle laboure profondément, qui absorbe très rapidement le liquide qui y est pour ainsi dire enterré. Le sol de ces 50 hectares n'est livré à la culture que d'une manière intermittente.

MM. Schlœsnig et Riche, chargés par le préfet de police d'inspecter l'usine de la Compagnie Fresne et d'en faire leur rapport au Conseil, avaient approuvé cette façon de se débarrasser des eaux résiduelles; mais lorsque leur rapport est venu en discussion, tout le Conseil n'a pas été de leur avis. Quelques-uns de ses membres ont demandé que l'usine d'Alfortville fût soumise à la loi commune, qu'elle fût forcée de livrer ses terrains d'épandage à la culture et de ramener pour cela ses eaux résiduelles, par une dilution convenable, à la composition des eaux d'égout ordinaires. Dans l'opinion de ces collègues, autoriser l'usine d'Alfortville à agir autrement, ce serait s'élever contre le principe du tout à l'égout et de l'utilisation des eaux vannes pour la culture, ce serait condamner un système pour lequel la Ville de Paris a fait des dépenses énormes. MM. Schlœsnig et Riche ont répondu que les eaux de l'usine Fresne n'avaient rien de commun avec celles des égouts de Paris. Elles sont soumises à une haute température qui en détruit les microbes; elles sont très riches en matières organiques et renferment de fortes quantités de chaux, ce qui les rend impropres à la culture. M. Schlœsnig, qui avait semblé, dans son rapport, donner la préférence à l'épandage sur un terrain nu, s'est empressé de déclarer que c'était là une opinion purement théorique, et que l'utilisation des eaux pour la culture du sol s'imposait partout où les terrains d'irrigation appartiennent à des cultivateurs qui ne consentent à recevoir les eaux d'égout qu'à la condition d'en faire profiter leurs cultures. C'est qu'en effet toute la question est là. Si l'on ne tirait pas un bénéfice de ce fumier liquide que charrient les eaux, si l'opération dispendieuse de l'épandage n'avait pas pour compensation de fertiliser les terrains sablonneux et d'en décupler la valeur, pas une ville ne serait assez riche pour s'imposer les dépenses qu'exigent les conduites, les machines élévatoires et les travaux de l'irrigation.

Reste l'accusation portée par M. Pouchet, contre les champs d'épandage de Gennevilliers et de Berlin. Les premiers sont à deux pas, et il suffit, pour être fixé, d'aller les visiter et d'en causer avec les cultivateurs du pays; quant à ceux de Berlin, Virchow, qui avait déjà combattu les assertions de MM. Zadek et Schœffer, à la Société de médecine interne de Berlin, le 2 décembre dernier, Virchow, dis-je, a répondu aux accusations, dont M. G. Pouchet s'est fait l'écho par une lettre qui a été lue à la tribune même de la Chambre des Députés, et dans laquelle il déclare que les résultats obtenus sur les champs d'irrigation sont toujours aussi satisfaisants, et que le système de l'épuration par le sol est celui qui se rapproche le plus de l'idéal cherché par les hygiénistes. Le directeur des travaux de Berlin et les administrateurs du Service de l'assainissement de cette ville sont venus récemment visiter les champs d'irrigation d'Achères, et ils ont affirmé à M. Bechmann qu'ils se félicitaient de plus en plus des résultats obtenus sur les bords de la Sprée, et qu'ils avaient vu se dissiper peu à peu toutes les oppositions, toutes les résistances du début (1). Enfin, M. Launay, chargé récemment d'une mission hygiénique à Berlin, après une visite minutieuse des champs d'épuration, a déclaré, dans son rapport, que le succès incontestable obtenu là-bas par le système de l'épandage était on ne peut plus probant.

On en aura bientôt, du reste, une nouvelle preuve. Le 7 juillet dernier, les terrains d'Achères ont été livrés à l'épandage. Depuis lors, les ouvrages se sont parfaitement comportés, et les prévisions les plus optimistes ont été dépassées, en ce qui concerne l'absorption des eaux à la dose réglementaire de 40,000 mètres cubes par an et par hectare. L'épuration des eaux est parfaite, les cultures satisfaisantes, et l'Administration n'épargnera rien pour l'aménagement de ce beau domaine, auquel on a donné d'avance le nom de *Parc agricole*. Son aspect verdoyant étonne les populations du voisinage et les promeneurs qui s'attendaient à trouver là un immense dépotoir. A la fin de l'année prochaine, lorsque les 800 hectares domaniaux et les 200 hectares contigus.

(1) Bechmann : Note sur le fonctionnement des champs d'épuration de Paris et de Berlin, communiquée le 18 décembre 1895, à la Société de médecine publique. (*Revue d'hygiène*, t. XVII, p. 1061.)

achetés par la Ville, seront en pleine exploitation, la moitié des eaux d'égout de Paris sera utilisée par l'épuration agricole, et la Seine sera débarrassée de 70,000,000 de mètres cubes d'eaux infectes par an.

Le système de l'épandage et de l'utilisation agricole des eaux vannes a, comme on le voit, triomphé cette fois encore des attaques incompréhensibles dont il a été l'objet. JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Au fur et à mesure qu'on a pratiqué les cures radicales des hernies, l'anatomie pathologique de ces dernières a fait de plus en plus de progrès, et il est bon d'appeler l'attention des praticiens sur les anomalies qu'ils peuvent rencontrer dans le cours d'une opération.

On sait la fréquence assez grande de la cystocèle inguinale. La **cystocèle crurale**, au contraire, est tout à fait exceptionnelle; il faut donc enregistrer l'observation que nous donne M. THIRIAR (de Bruxelles) dans *la Clinique*.

Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, entré dans le service pour une hernie crurale dont l'aspect est normal. La tumeur est trilobée; les deux saillies supérieures sont séparées de l'inférieure par un sillon, dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Les tumeurs sont élastiques, rénitentes, paraissent faire corps entre elles. Les tumeurs sont réductibles par la pression, quoique assez difficilement, et produisent un gargouillement très marqué.

La cure radicale est pratiquée. Le sac est entouré, vers sa partie interne, d'une quantité de graisse assez notable. Le sac est libéré de ses adhérences, ouvert, et tout d'un coup s'écoule du liquide à odeur caractéristique urineuse. Une sonde, introduite par l'urètre, se montre dans la plaie. Le sac est, à sa partie supérieure, intimement adhérent avec la paroi vésicale et fait corps avec elle.

La vessie est fermée par la suture de Lembert, et le malade guérit sans autre incident.

Après avoir insisté sur la rareté de la cystocèle crurale, M. Thiriar groupe ainsi les hernies de la vessie :

1° La cystocèle congénitale ou primitive, c'est-à-dire celle qui a lieu lorsque la vessie s'engage la première dans l'anneau. La vessie, dans ce cas, se présente par sa face antérieure et est dépourvue de péritoine; cet accident demande, pour se produire, que la vessie soit flasque et dilatée ou altérée et paralysée, comme chez les prostatiques et les rétrécis;

2° La cystocèle secondaire, qui succède à une hernie intestinale ou intestino-épiploïque. Dans ce cas, elle est adossée au sac herniaire et finit par contracter des adhérences avec lui, C'est à cette variété qu'appartient le cas décrit plus haut.

— M. VALLAS, à la Société des Sciences médicales de Lyon (séance du 8 janvier 1896), vient d'exposer un procédé de **pharyngotomie transhyoïdienne** qu'il a utilisé deux fois, et avec succès, sur le vivant.

On sait combien il est difficile, par la voie latérale, d'atteindre le pharynx, à cause des nombreux organes qu'il faut traverser. Par la voie transhyoïdienne on arrive facilement sur la base de la langue, sur la partie supérieure du larynx; mais peut-être moins facilement sur le pharynx supérieur. Toujours est-il qu'il y a là une opération nouvelle, remplaçant dans certains cas la pharyngotomie sous-hyoïdienne à laquelle, avec M. Vallas, on peut faire deux reproches : en premier lieu, elle nécessite une incision transversale qui entame les parties molles du cou sur une trop grande largeur, et expose à la blessure d'organes importants, et surtout du rameau supérieur du nerf laryngé supérieur. En second lieu, elle ne donne qu'un jour insuffisant, le champ opératoire étant bientôt limité, en haut, par l'os hyoïde, en bas, par le bord supérieur du cartilage thyroïde.

Pour ces raisons, il est préférable de se frayer une route à travers l'os hyoïde lui-même, comme il l'a fait récemment, et pour la première fois à sa connaissance, sur deux malades.

Le manuel opératoire est des plus simples, et comprend les temps suivants :

1° Incision verticale sur la ligne médiane, de 8 à 10 centimètres, dont le milieu répond au corps de l'hyoïde;

2° Ostéotomie de l'os hyoïde et section médiane, au-dessus et au-dessous des muscles qui s'y insèrent;

3° Incision toujours verticale et médiane, de la membrane hyo-thyroïdienne.

Le dernier temps peut être supprimé, si l'on se trouve en présence d'une tumeur sous-muqueuse de la base de la langue.

M. Vallas est intervenu par cette voie pour enlever un épithélioma étendu à tout le sillon glosso-épiglotique de la face antérieure de l'épiglotte. Il avait pratiqué la trachéotomie préventive.

Dans sa seconde observation, il s'agissait de l'extirpation d'une tumeur congénitale, siégeant au niveau du foramen cœcum.

C'est comme on le voit, sur la base de la langue que ce chirurgien a agi; par cette voie, pourrait-on facilement atteindre les tumeurs de la face postérieure et de la face latérale du pharynx ?

— Citons un cas d'exstrophie de la vessie, traité par l'**abouchement dee uretères dans le rectum**.

Au dernier Congrès des médecins polonais, à Cracovie, M. Krynsky a présenté un malade qu'il avait opéré, et chez lequel il a fait aboucher les uretères dans le rectum. Les résultats de l'opération furent excellents : le sphincter anal remplace le sphincter vésical et l'urine peut être retenue dans l'ampoule rectale trois ou quatre heures. Le malade est en bon état; on note seulement une sécrétion rénale plus considérable.

— Le traitement **des fractures de la clavicule** est entré dans une ère nouvelle, celle de la médecine opératoire, et quelques chirurgiens n'hésitent pas aujourd'hui à traiter certaines d'entre elles par la suture métallique, M. Hassler, dans le *Lyon médical* (n°s 2 et 3, 1896), s'est occupé de la revision de cette thérapeutique et arrive aux conclusions suivantes.

Il condamne l'immobilisation absolue dans un appareil inamovible :

1° Parce qu'elle ne peut être réalisée par aucun appareil simple;

2° Parce qu'elle provoque une atrophie musculaire plus ou moins considérable;

3° Parce que, comme Championnière l'a démontré et comme la clinique nous l'a appris depuis longtemps, l'*immobilisation absolue n'est pas nécessaire pour que la consolidation se fasse.* Il n'est pas un chirurgien qui ne soit convaincu qu'il n'y a pas de fracture plus difficile à maintenir réduite et à immobiliser que celle des côtes, et cependant elles se consolident très rapidement sous une bande de diachylon ou un bandage de corps, malgré les mouvements incessants de la cage thoracique.

Il est au contraire partisan du *massage précoce* et de l'*immobilisation relative dans un appareil amovo-inamovible*, dans les *fractures par cause indirecte*, et à peu près dans tous les cas.

Dans les fractures du tiers externe et interne, le déplacement et l'attrition sont en général minimes, et la méthode réalise l'optimum de rapidité et de perfection de guérison. Dans celles du tiers moyen, elle est encore la règle, car les phénomènes de compression des vaisseaux et nerfs sont absolument exceptionnels.

Dans les *fractures par cause directe :* Celles du tiers externe et interne présentent les indications du massage précoce. Celles du tiers moyen rentreront le plus souvent encore dans cette règle générale. Mais ce sont ces fractures qui seules présenteront les indications de la suture osseuse.

L'intervention sanglante et la suture osseuse précoce sont indiquées :

1° Lorsqu'il existe des accidents primitifs graves, compression, contusion, déchirure, inflammation des vaisseaux et des nerfs;

2° Pour *éviter* les multiples complications résultant d'un cal exubérant ou vicieux, accident que l'on doit redouter surtout dans les fractures par cause directe intéressant le tiers moyen, et chez les blessés qui ont besoin de reprendre plus ou moins hâtivement leur travail ;

3° Quand le chevauchement est très marqué et qu'il y a lieu de redouter un raccourcissement notable de l'os qui diminuerait sérieusement les mouvements et la force du membre supérieur;

4° Quand un fragment a été fortement déprimé et ne peut se relever ou se maintenir relevé ;

5° Quand le périoste a été fortement contusionné ou déchiré, qu'il existe un gros épanchement sanguin inter ou para-fragmentaire ; ou quand il y a lieu de craindre, par l'absence de frottements rugueux, l'interposition d'une bandelette fibreuse ou musculaire entre les fragments;

6° Enfin, quand la fracture est compliquée d'une plaie ouverte et probablement infectée. L'intervention sanglante est aussi formellement indiquée pour pouvoir pratiquer la désinfection que pour assurer l'exacte coaptation par la suture.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1896

M. Nocard présente à l'Académie le rapport général de M. le professeur Hutyra, de Buda-Pesth, sur les épizooties qui ont régné en Hongrie pendant l'année 1894.

Ce rapport peut être considéré comme un des plus beaux éloges des méthodes pastoriennes; il montre les merveilleux résultats obtenus par les vaccinations préventives, et l'on comprend les applaudissements qui ont suivi la communication de M. Nocard.

Celui-ci a relevé, particulièrement dans le rapport de M. Hutyra, le chapitre relatif aux vaccinations contre les maladies charbonneuses du bétail, et contre le rouget du porc.

En 1894, on a vacciné contre le charbon 110,739 bovidés et 222,684 moutons. La mortalité, qui s'élevait avant les vaccinations à 5 °/o pour les bœufs et à 10 °/o pour les moutons, s'est abaissée, après les vaccinations, à 0,024 °/o pour les premiers et à 0,032 °/o pour les seconds.

Le rouget du porc est l'un des fléaux de l'agriculture hongroise.

La vaccination pastorienne a été essayée pour la première fois en 1887, sur 4,665 sujets; en 1894, on a vacciné 681,118 porcs. La mortalité, qui s'élevait dans les bonnes années à plus de 20 °/o, n'a été que de 0,28 °/o.

Ces seuls chiffres montrent l'importance des services qu'a rendus à l'agriculture de tous les pays la grande découverte toute française des inoculations préventives par les virus atténués.

— M. Henrot (de Reims), a récemment soulevé, on s'en souvient, la question de la *prophylaxie du paludisme*. M. Laborde la reprend aujourd'hui en présentant un important travail de M. le Dr Maurel (de Toulouse), dont la compétence en matière de nosologie coloniale est bien connue.

Il nous est impossible d'analyser en détail le travail considérable de M. Maurel; nous nous bornerons à résumer les principales conclusions.

Tout d'abord, pour ce qui a trait au mode de pénétration des micro organismes, M. Maurel incrimine surtout l'atmosphère; mais la respiration par le mode nasal, en filtrant l'air qui pénètre dans les voies aériennes, constitue un filtre d'une réelle efficacité pour arrêter les germes morbides; ceux-ci semblent surtout pénétrer par la voie buccale; les troupes en marche en pays paludéen devraient donc garder le silence, afin de ne pas ouvrir la bouche.

En outre, il faut autant que possible se tenir au vent des foyers paludéens et s'élever au-dessus d'eux; ne pas s'exposer à la rosée du soir et du matin; entourer les habitations d'arbres et mettre des vitres aux croisées pour être à l'abri de la rosée; ne pas faire faire de terrassements aux Européens, etc. Quant à l'action préventive de la quinine, M. Maurel doute fort de son efficacité. Aux faibles doses quotidiennes (20 centigrammes par jour), il préférerait en tous cas des doses de 0gr,75 à 1 gramme données tous les cinq jours.

Tous ces points seront sans doute d'abord discutés dans la prochaine séance, quand M. Laborde aura terminé sa communication.

— M. Hervieux lit, au nom de M. Ausset, médecin militaire, professeur à la Faculté de Lille, un cas d'*immunité vaccinale* ayant duré *vingt-sept ans*.

Le sujet de cette observation est né d'une mère variolée pendant sa grossesse. Il n'a présenté et ne présente maintenant sur la peau aucune trace de variole. Il a été vacciné sans succès après sa naissance.

A vingt et un ans, il fut vacciné à son arrivée au régiment. L'opération n'ayant pas été suivie de résultats, elle fut recommencée trois mois après, mais toujours sans succès.

Appelé comme réserviste, il fut vacciné de nouveau par M. Ausset, et cette fois il se produisit deux belles pustules vaccinales.

Chez cet homme, l'immunité vaccinale, provoquée par la variole maternelle, a donc duré vingt-sept ans.

— Le travail que M. Laborde présente au nom de M. P. Sollier a trait au *traitement de la morphinomanie*, par la méthode rapide, dite méthode d'Erlenmeyer ou allemande. Le traitement de M. Sollier s'appuie sur cinquante-sept observations. En résumé, la méthode rapide n'exige, en moyenne, que deux mois de traitement et de convalescence dans un établissement spécial, et ne nécessite pas l'internement légal du sujet, ni aucune mesure de contention corporelle; ne provoque aucun accident mortel, ni les violentes douleurs de la suppression brusque; elle réussit infailliblement à sevrer le sujet, ce dont on n'est jamais sûr avec la suppression lente, et le met dix fois plus que cette dernière à l'abri de la récidive.

M. Laborde est chargé d'un rapport sur ce travail.

— L'Académie se réunit en Comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Polaillon sur les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements). Voici l'ordre de classement :

Première ligne : M. Gaulard (Lille).

Deuxième ligne : M. Auffret (Rochefort).

Troisième ligne (*ex æquo*) : MM. Gross (Nancy); Poncet (Lyon); Poucet (Cluny).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La *séance annuelle*, qui devait avoir lieu mercredi dernier, est remise à une date ultérieure, et cela pour plusieurs raisons; la première, pensons-nous, parce que le sympathique secrétaire général est souffrant, et nous espérons que c'est pour peu de temps; la seconde, parce qu'il faut, avant de changer le bureau, faire les nominations des membres correspondants.

La discussion très intéressante soulevée par M. Picqué a donc continué, et la *thérapeutique chirurgicale de la grossesse extra-interne* a fait tous les frais de la séance.

Nous avons été, malheureusement, en retard, et nous regrettons de ne pouvoir résumer toutes les bonnes choses qu'a dites M. Routier. Aussi bien donnons-nous ses conclusions, qui suffisent à montrer sa manière de voir.

Pour le chirurgien de Necker, il est possible dans beaucoup de cas de faire le diagnostic. Il suffira, pour cela, de bien interroger la malade, de bien reconnaître la façon dont se sont produites les règles depuis plusieurs mois, de bien scruter les différents symptômes qu'elle a présentés, de se rendre compte de ce qu'elle a évacué par le vagin, et, dans beaucoup de cas, on pourra reconnaître l'élimination de la caduque.

La laparotomie, pour M. Routier, est la méthode de choix dans les cas de grossesse extra utérine. La voie vaginale est incomparable dans ce qu'on appelle l'hématocèle rétro-utérine. Elle permet d'examiner la poche, de la drainer, et donne très souvent des résultats inattendus.

M. Schwartz, qui succède à la tribune à M. Routier, ne parle pas des grossesses extra-intérines avancées. Sur ce point, la question est jugée. La laparotomie avec marsupialisation de la poche, sans toucher au placenta, est la conduite adoptée par tous les chirurgiens.

C'est seulement des grossesses tubaires, terminées par la rupture de la trompe et l'hémorragie intra-peritonéale, qu'il veut s'occuper.

Lui aussi pense que le diagnostic, quoique très difficile, peut être fait dans la majorité des cas, en se basant sur les signes indiqués par les auteurs, sur l'importance de la métrorrhagie qui continue malgré la grossesse, sur l'âge et l'évolution des symptômes, et il est arrivé ainsi à faire le diagnostic d'une grossesse tubaire sur le point de se rompre.

Dans la grossesse extra-utérine vraie, la laparotomie s'impose par cela même que la lésion est unilatérale. Pour les hématocèles consécutives à une grossesse tubaire avec fœtus, ou a une hémato-salpynx dans lequel on a reconnu les villosités choriales, quand elles font comme de coutume saillie dans le cul de sac de Douglas, il est certain que la voie vaginale est la seule à choisir; encore faut-il que l'hémorragie ne continue pas, qu'elle soit arrêtée, localisée; dans le cas contraire, quand l'état syncopal existe, que la mort est imminente, c'est la laparotomie qui s'impose, parce que seule elle permet d'aller atteindre la source même de l'écoulement sanguin.

Il faut aussi choisir la voie vaginale quand l'hématocèle est considérable, fait saillie en avant en même temps que sur les côtés et les parties latérales de l'utérus.

M. Segond prend part aux débats, mais malgré les réflexions que cette question pourrait lui suggérer, il veut rester dans les termes du rapport de M. Picqué et répondre à son collègue.

Tout d'abord, c'est bien à Gallard qu'il faut attribuer le mérite d'avoir mis en valeur la parenté étroite qui existe entre l'état puerpéral et la grossesse extra-utérine. M. Segond a été son élève et en parle en connaissance de cause.

La différence soulignée par M. Picqué entre l'hématocèle non puerpérale et l'hématocèle par rupture de grossesse tubaire est complètement théorique; ce qui importe uniquement, c'est la valeur de *l'invitation opératoire*; car les plus malins en diagnostic se trompent dans la majorité des cas; on agit parce qu'il faut agir, et la plupart du temps, c'est sur une grossesse extra-utérine soupçonnée qu'on s'appuie pour opérer.

Passant ensuite au traitement, M. Segond prend à parti M. Picqué. Ce dernier a dit en effet que l'hysterectomie n'était jamais indiquéedans la grossesse extra-utérine, sauf dans les cas de grossesse tubo-interstitielle. Ce diagnostic est malheureusement impossible, et sur ce point, M. Segond réclame la laparotomie, puisque c'est elle qui pourrait seule faire le diagnostic, quitte à refermer le ventre et à procéder ensuite par en bas.

M. Picqué a donné une classification, a essayé de faire rentrer les différents cas dans un cadre; M. Segond, à son tour, en propose un autre.

Il établit tout d'abord, toujours d'après l'indication opératoire, une division primordiale, suivant que la grossesse extra-utérine n'a pas atteint le cinquième mois ou suivant qu'elle l'a dépassé.

Dans la première catégorie, s'il y a grossesse extra-utérine, l'intervention est la règle, car les symptômes et les accidents observés la commandent, et comme, dans ces cas la lésion est unilatérale, c'est la laparotomie qui doit être choisie.

Quand il y a hématocèle, dans le terme propre du mot, quand on a fait le diagnostic d'hématocèle comme le faisait Nélaton, il faut, pour M. Segond, prendre la voie vaginale et pratiquer l'incision vaginale postérieure large. C'est une opération de beaucoup de ressources, qui lui a permis de retirer des fœtus en laissant le placenta, et la femme a guéri en faisant de ce dernier ce qu'elle a voulu.

Dans une autre catégorie de faits, il y a hématocèle formée; mais il se produit des hémorragies successives. Quoique la laparotomie soit indiquée dans ce cas, M. Segond a pu, par l'incision large du cul-de-sac de Douglas, évacuer les caillots, tamponner la cavité et guérir ses malades. Il a même pu, par cette voie, saisir les annexes, sources de l'hémorragie, et les sectionner sur une pince préalablement placée.

Enfin, comme accident ultime, il y a suppuration du foyer sanguin; ici se place l'hysterectomie, et nous nous permettrons de remarquer la modération avec laquelle M. Segond l'emploie; car, nous avons peut-être mal saisi sa communication, mais il nous semble, et M. Picqué va probablement le lui dire, qu'il ressort de son discours qu'elle n'est presque jamais de mise dans l'hématocèle.

L'orateur passe ensuite aux grossesses extra-utérines qui ont dépassé le cinquième mois. Ici, le diagnostic est plus facile et l'indication opératoire est nette : il faut passer par le ventre.

Il y a, dans cette catégorie, place pour des subdivisions, suivant que le fœtus est vivant ou mort ou qu'il se produit une rupture secondaire du kyste fœtal. Le point intéressant est la conduite à l'égard de l'enfant, qui devra être sacrifié à la mère, sauf dans le cas où on peut réaliser le beau idéal en sauvant les deux.

M. Reynier répudie en quelques mots l'incision vaginale postérieure, qui lui a donné de mauvais résultats. Il lui sera probablement répondu dans le sens contraire par les orateurs qui prendront la parole sur cette question dans la prochaine séance.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1896

Voici un nouveau fait de méningisme, ou mieux de *pseudo-méningite*, survenu chez un homme de vingt-six ans, tuberculeux, à la suite *d'injections d'huile créosotée*. Le 10 décembre dernier, ce malade entrait au service de M. Faisans; il était dans un état demi-comateux, couché en chien de fusil, les pupilles largement dilatées, la droite plus que la gauche; il ne présentait ni strabisme ni aucune paralysie circonscrite; température 36°2, mouvements désordonnés, délire, hyperesthésie générale.

Il y a trois ans, ce malade, alors que sa tuberculose pulmonaire était au début, avait été soigné au Val-de-Grâce par M. Burlureaux, qui lui avait fait des injections d'huile créosotée. Ce traitement avait été suivi d'une amélioration notable, bien que la toux ait persisté; le malade avait été réformé.

Trois semaines avant d'entrer dans le service de M. Faisans, il avait repris, sous la direction de M. Burlureaux, les injections d'huile créosotée au 1/15e, à doses progressivement croissantes. Le 6 décembre on injectait 140 grammes d'huile; les urines devinrent un peu foncées; le lendemain on n'injecta que 60 grammes d'huile; le 9, on trouva le malade étendu sur son lit, en proie à une agitation violente et à un délire alternant avec un état demi-comateux; il avait eu des vomissements.

On put se rendre compte qu'il s'était injecté la veille 140 grammes d'huile créosotée au 1/15e, c'est-à-dire 9gr,50 environ de créosote.

M. Burlureaux, pensant qu'il s'agissait d'une méningite tuberculeuse, le fit tranporter à l'hôpital.

Or, tous les troubles qu'il présentait disparurent rapidement en quelques jours.

Il ne s'agissait donc pas de méningite tuberculeuse, mais simplement d'une intoxication par la créosote. M. Burlureaux a d'ailleurs observé deux cas très analogues : dans l'un, 65 grammes d'huile, c'est-à-dire 4gr,35 de créosote; dans l'autre, 60 grammes seulement, c'est-à-dire 4 grammes de créosote, avaient suffi à amener les accidents toxiques : or, ces malades avaient très bien supporté jusque-là le traitement. Il faut ajouter que, dans tous ces cas, la créosote employée était absolument pure. Dans les deux cas de M. Burlureaux, comme dans celui que rapporte M. Faisans, la guérison avait été rapide.

En terminant, M. Faisans insiste sur ce fait qu'il faut se montrer prudent dans l'emploi de la créosote, d'autant plus que ce médicament n'a rien de spécifique contre la tuberculose.

— Le procédé d'exploration de la rate, que M. Catrin vient conseiller, après l'avoir essayé sur deux paludéens qui reviennent de Madagascar, a beaucoup d'analogies avec celui que M. Mathieu a conseillé naguère pour l'exploration du foie et de la région épigastrique. Il consiste à presser légèrement, avec la pulpe des doigts, en remontant peu à peu, jusqu'à ce qu'on ait rencontré l'organe cherché. M. Catrin nomme ce procédé : le *procédé d'exploration par effleurement*.

— M. Bourneville présente ensuite six petits idiots myxœdémateux, chez lesquels il va entreprendre le traitement thyroïdien et qu'il montrera ultérieurement.

M. Marfan signale les accidents. quelquefois extrêmement graves, qui surviennent chez les enfants tout jeunes, surtout lorsqu'ils ont moins de trois ans, à la suite du traitement thyroïdien.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Il a paru intéressant à M. Grimbert de rechercher quelle est l'influence des substances employées journellement dans la pratique de l'antisepsie intestinale sur le développement et les fonctions chimiques du bactérium coli, particuliérement sur la formation de l'indol et la fermentation des sucres.

On sait que le bactérium coli, ensemencé dans une solution de peptone, donne de l'indol que l'on peut caractériser par son odeur, d'abord, et surtout par la coloration rouge groseille que prend le milieu de culture quand on l'additionne de nitrate de potasse à 0,02 %, puis d'un acide fort, tel que les acides sulfurique, chlorhydrique, oxalique, etc., etc. Une solution de peptone à 3 %, neutralisée, a été répartie dans des tubes à essai à la dose de 10 centimètres cubes; chaque tube a reçu une quantité déterminée d'antiseptique, puis a été ensemencé après stérilisation au moyen d'une culture pure de bactérium coli provenant des déjections.

Les corps insolubles, tels que le salol, le benzonaphtol, le sous-nitrate et le salicylate de bismuth ont été ajoutés à la dose de 0gr,10 par tube, le naphtol dans les proportions de 0gr,25 par litre, ce qui est la limite de la solubilité. M. Grimbert a joint à ces substances l'acide phénique (1/1000), et le salicylate de soude (1 et 2 p. 1000), puis des tubes témoins ne renfermant que la solution de peptone.

Ces cultures, maintenues à la température de 37 degrés, ont été examinées huit jours après leur ensemencement. A l'exception du salicylate de bismuth, aucun des antiseptiques employés n'avait empêché le développement du bactérium coli.

Tous les milieux qui avaient cultivé présentent une alcalinité très accentuée. Dans tous, la réaction de l'indol était très intense, sauf dans le tube renfermant du sous-nitrate de bismuth, où l'on n'obtient que des traces d'indol.

Ce fait ne doit pas surprendre; on sait en effet que la présence d'un nitrate suffit pour empêcher la formation d'indol par le bactérium coli.

La dissociation du sous-nitrate de bismuth sous l'influence de la chaleur a, dans le cas présent, introduit dans la culture une quantité d'azotate faible, mais suffisante pour expliquer ce résultat; d'ailleurs, un tube témoin, auquel on avait ajouté 0gr,10 % de nitrate de potasse, n'a donné aucune trace d'indol.

Pour étudier les fermentations, l'auteur a opéré sur une solution de peptone à 2 %, renfermant 3 % de glucose pure. Chaque tube était additionné de carbonate de chaux et de la même dose d'antiseptique que précédemment; nous avons ajouté à la série un tube renfermant 0gr,10 % d'azotate de potasse.

Les milieux renfermant du salol, du benzonaphtol, du phénol et du salicylate de soude ont fermenté aussi bien que les tubes témoins.

Les milieux additionnés de naphtol B et d'azotate de potasse n'ont donné que des traces de fermentation. Enfin ceux qui avaient reçu du sous-nitrate ou du salicylate de bismuth n'ont pas fermenté.

Sans vouloir tirer de ces expériences des conclusions trop absolues, M. Grimbert croit devoir signaler cette particularité que les antiseptiques intestinaux insolubles, mais capables de se dédoubler dans un milieu alcalin, sont pour ainsi dire sans action sur le développement et les fonctions chimiques du bactérium coli.

Les autres antiseptiques solubles, employés à une date qui n'empêche pas son développement, laissent intactes chez ce bacille la fonction endale et la fonction fermentative.

Le sous-nitrate de bismuth agit nettement sur ces deux fonctions, grâce à l'acide azotique que renferme sa molécule.

— M. Kalt a étudié l'ulcération cornéenne dans l'ophtalmie purulente. Il existe deux types cliniques de l'infection cornéenne : l'abcès parenchymateux, qui traduit l'infection profonde; les ulcérations périphériques ou centrales, qui dépendent d'une infection superficielle atténuée. Les ulcérations centrales ne sont pas rares dans le cours d'un traitement, même bien dirigé. Elles apparaissent sous forme d'une perte de substance épithéliale, ovalaire, à axe transversal. Très rapidement, l'ovale peut s'agrandir de façon à couvrir presque toute la cornée; mais on constate que seul l'épithélium est touché; les lames de la cornée, plus ou moins troublées, ne s'ulcèrent pas.

L'examen anatomique d'un cas de ce genre a montré d'abord que l'épithélium, dans des endroits non malades en apparence, se laisse traverser par des amas de microbes en forme de coin, qui s'insinuent entre les cellules pour arriver au voisinage de la membrane de Bowman.

L'ulcération centrale proprement dite, large de 3 millimètres environ, n'intéressait que l'épithélium et la membrane de Bowman. Au-dessous, le parenchyme cornéen était fortement infiltré de cellules jeunes, sur une hauteur égale à un cinquième de l'épaisseur de la cornée. Cette infiltration cellulaire s'étendait au-delà des bords de l'ulcération, donc sous l'épithélium en apparence sain, sur une longueur de 1 millimétre environ. La coloration de Gram montre, en effet, une accumulation énorme de cocci au-dessous de l'épithélium qui bordait l'ulcération. Les âmes microbiens pénétraient en forme de coin entre cet épithélium et la membrane de Bawman, sur une longueur précisément égale à celle de l'infiltration cellulaire du parenchyme.

Il fut impossible de colorer des bactéries dans le tissu cornéen proliféré.

De cette observation, M. Kalt conclut :

1° Les toxines du gonocoque rendent le revêtement épithélial cornéen vulnérable aux staphylocoques, sans qu'il y ait perte de substance appréciable;

2° Dans les infections atténuées, les microbes se propagent entre l'épithélium et la membrane de Bowman. Ils sont détruits par les phogocytes, au fur et à mesure de leur arrivée dans le parenchyme cornéen.

— Ayant remarqué que chez les sujets bromurés les soins de propreté de la peau les plus élémentaires avaient une influence marquée sur les éruptions cutanées, M. Féré a essayé des lavages antiseptiques dont il a obtenu de bons résultats. Il a employé les mêmes lavages dans la prévention et le traitement des accidents cutanés iodiques. Tant qu'il s'est servi des solutions d'acide borique, soit en lavagea, soit en pulvérisations, M. Féré n'a obtenu aucun résultat satisfaisant. Dans ces derniers temps, il a utilisé le permanganate de chaux à la dose de 40 milligrammes par litre, pour des lotions répétées plusieurs fois par jour, et, dans deux cas, il a obtenu de bons effets.

— M. Léopold-Lévi a étudié l'état des réflexes patellaires au cours des affections hépatiques. Les réflexes

étaient abolis dans 8 cas, 7 fois d'une façon définitive, 1 fois d'une façon transitoire. L'auteur admet que l'abolition n'est pas en rapport direct avec la maladie du foie, mais dépend d'une névrite périphérique, en général éthylique, qui l'accompagne souvent. Une fois, les réflexes ont disparu temporairement dans un coma hépatique survenu au cours d'une cirrhose atrophique. Il y a eu lieu de se demander si, dans ce cas, il ne s'est pas produit, du côté de la moelle, des phénomènes analogues à ceux qui se sont passés du côté de l'encéphale. Il y aurait alors abolition de l'excitabilité médullaire, comme on la rencontre dans d'autres dyscrasies, et ce serait un nouveau point de rapprochement entre l'urémie et l'hépato-toxémie.

Les réflexes patellaires se sont montrés exagérés dans 4 cas, 3 fois d'une façon définitive, 1 fois d'une façon transitoire. Cette exagération s'est parfois accompagnée de trépidation épileptoïde.

Un seul réflexe est parfois modifié ; c'est alors surtout celui du côté droit. Ces faits peuvent être rapprochés de ceux d'œdème hémiplégique droit au cours des affections du foie.

— M. Ch. Ettlinger a étudié les lésions des méninges et des racines rachidiennes dans la méningite tuberculeuse. Le caractère général des lésions médullaires et radiculaires, dans ce cas, est leur grande diffusion : l'infiltration tuberculeuse se fait en nappes, en couches étendues et peu épaisses de cellules embryonnaires, et en amas nodulaires très petits. Le tissu conjonctif est surtout le siege des infiltrations. Il n'y a pas d'artérite oblitérante ; quoique très lésés, les vaisseaux restent perméables ; les parois et surtout les tuniques moyenne et externe sont un peu épaissies. Dans certains points, il y a de la périostênie et de la périphlébite tuberculeuses.

L'auteur a trouvé constamment des lésions très marquées des racines rachidiennes dans les cas qu'il a examinés. Les lésions intéressent le tissu cellulaire qui accompagne chacune des radicules à leur sortie de la moelle où il se continue avec celui des méninges rachidiennes : chaque radicule porte ainsi des lésions d'infiltration de sa méninge, de son tissu conjonctif interstitiel et de ses vaisseaux ; les lésions cessent au ganglion. Il y a parfois de véritables tubercules, très petits, il est vrai.

Les lésions des racines pourront servir à interpréter certains symptômes de la méningite tuberculeuse, en particulier les troubles sensitifs si fréquents (anesthésie, hyperesthésie) et certaines paralysies ; ces symptômes peuvent être l'expression de la radiculite tuberculeuse.

— Les accidents produits chez l'homme par les ascarides peuvent être, d'après M. Chauson, divisés en : 1° accidents gastro-intestinaux ; 2° accidents nerveux, dits réflexes ou sympathiques ; 3° accidents généraux fébriles. L'auteur a vu ces derniers revêtir la forme méningitique chez un adolescent.

Les accidents peuvent se manifester dans les pays chauds avec une intensité telle que Bajou et Pouppée-Desportes auraient, soupçonnant un empoisonnement, pratiqué l'autopsie de nègres morts avec des phénomènes convulsifs intenses, et découvert dans le tube digestif d'énormes paquets de lombrics.

L'ensemble de ces faits paraît être comme d'ordre nerveux réflexe par le plus grand nombre des auteurs modernes.

Cependant, M. Chauson admet que les ascarides peuvent agir sur l'organisme en provoquant un véritable empoisonnement. Huber a pensé que les ascarides produisaient leurs effets par l'intervention d'une substance chimique ; car, pendant qu'il étudiait les ascarides, il ressentit du prurit à la tête et au cou, eut une éruption vésiculeuse, etc.

M. Chauson a observé des faits du même genre. Un garçon de laboratoire, qui coupait des ascarides en morceaux, fut pris d'éternuments continus pendant près d'une demi-heure ; le lendemain, il eut du coryza, et le surlendemain un gonflement, une injection vasculaire intense des paupières. Le même homme, ayant reçu dans un œil une goutte de l'eau dans laquelle baignaient des animaux bien vivants, eut une violente conjonctivite avec chémosis qui dura quatre à cinq jours.

Chauson a injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané du cobaye divers liquides préparés avec les ascarides vivants du cheval et du porc, principalement avec le liquide citrin que laissent échapper en abondance les vers coupés en petits morceaux. Il s'est développé des accidents rapides qui ont entraîné la mort en peu de temps.

— M. Zuber a vu chez un pneumonique des abcès multiples à pneumocoques survenus pendant la convalescence, à la suite d'injections sous-cutanées de benzoate de caféine pratiquées au cours de la maladie. L'auteur a rappelé que Netter a provoqué chez le lapin, après injection intrapulmonaire de culture de pneumocoque, une méningite suppurée à pneumocoques et une endocardite, en traumatisant l'hémisphère cérébral et les valvules sigmoïdes de l'animal. Banti, Vaucis ont provoqué de même une péricardite, et Gabbé a produit une arthrite purulente chez le lapin, en injectant une culture atténuée de pneumocoque sous la peau, après avoir irrité une articulation au moyen de l'essence de térébenthine.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de M. Paul Poirier, par MM. Charpy, Nicolas, Prenant, Poirier et Jonnesco. (Bataille et Cie, Paris, 1896.)

Nous avons reçu la *Myologie* du *Traité d'anatomie descriptive*, publié sous la direction de M. Poirier, gros volume de 600 pages environ. Elle présente, en termes clairs et précis, l'exposé de nos connaissances sur cette importante partie de l'anatomie. Les descriptions y sont complètes et minutieuses. Leur lecture est facilitée par les très nombreux dessins qui illustrent le volume ; qu'elles soient schématiques, représentent un muscle détaché ou un groupe musculaire, ces figures sont d'une parfaite exactitude, qui n'exclut point le caractère artistique. Ces dessins sont dus à la plume de M. Paul Richer, médecin, anatomiste et artiste. Heureux les étudiants d'aujourd'hui, auxquels on sert, en des livres complets, le fond et la forme ! Souhaitons que ce genre fasse école. Compliments également à M. Leuba, pour l'exécution fine des planches annexées à l'étude histologique dans laquelle le professeur Nicolas (de Nancy) expose, jusqu'en ses plus menus détails, l'histologie générale du muscle.

Le fond du livre nous paraît mériter les mêmes éloges que la forme. Nous ne doutons pas que le public fasse bon accueil à cette anatomie qui continue à remettre l'anatomie française à la place qui lui revient de droit. Le traité dont M. Poirier dirige la publication est à la veille d'être complet : l'étude des centres nerveux, faite par le professeur Charpy, est l'exposé magistral des connaissances acquises sur le système nerveux, dont l'anatomie a été tant modifiée par les travaux récents ; l'étude du tube digestif, confiée à

M. Jonnesco, est aussi complète que possible; l'ostéologie, la myologie et l'arthrologie, œuvres personnelles du chef des travaux de notre Faculté, complètent un ensemble excellent. Le même plan préside à toutes les parties de l'œuvre : l'étude embriologique (professeur Prenant), et histologique (professeur Nicolas), précédant toujours l'exposé descriptif.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours de l'Internat. — *Internes titulaires* : 1. MM. Veau, J. Roger, Ghiska, Castaigne, Rosenthal, Durrieux, F. Monod, Terrien, Rebreyend, Merklend;

11. Deguy, Ferron, Théoari, M. Millet, Dupuy-Dutemps, Keim, Dartigues, Griffon, Laroche, Ulmann;

21. Chaillous, Pétron, Alf. Martinez, Druault, Constensoux, J.-C. Roux, H. Tissier, P. Grosjean, Gibert, Grisel;

31. Ardouin, Fontoynont, Roques, Georghiu, Audion, Turner, Bernheim, Bigard, Cadol, H. Herrenschmidt.

41. Coyon, Marcille, Hennecart, Ed. Mercier, Guibé, Menier, Mettetal, Guillemot, Luys, Véron.

Internes provisoires : 1. MM. E. Weil, Cochmé, Guilbaud, Rudaux, Pédeprade, Fresson, Monthus, Zadok, Guery, Hivet.

11. De Font-Réaulx, G. Hauser, Poix, Le Dard, Larrieu, Delestre, Jousset, Ch. Michaux, Iselin, Tournemelle.

21. Clerc, d'Herbécourt, Nicaise, L. Sicard, Rastouil, Gauilleur L'Hardy, Moret, Deroyer, Bacaloglu.

31. Rellay, Masbrenier, Ungauer, Lenglet, Nimier, Pelisse, J. Lévy, Thoyer, Minet, Tesson, Célos.

41. Fossard, G. Levy, Nollet, Elias, Chastanet, Ballet, Guillemard, Drouard, Ad. Mauger, M. Guillot.

51. Gauchery, Benj, Weill, Audistère.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés officiers d'Académie : M. le docteur Bordo (de Cheragas); Me Chellier, docteur en médecine à Marseille; MM. les docteurs Lescure, conseiller général à Oran; Martin, médecin principal, président de la Société des anciens Elèves du lycée de Constantine.

— Les récompenses suivantes ont été décernées aux docteur, interne et externes dont les noms suivent :

Seine. — Médaille d'argent : M. Levrey (Léon); interne à l'hôpital Trousseau. — Médailles de bronze : MM. Audion (Pierre) et Macaud (Gaston), externes à l'hôpital Trousseau. — Ont contracté des affections contagieuses dans l'exercice de leurs fonctions.

Algérie. — Rappel de médaille d'or; M. le docteur Soulié, sous-directeur de l'Institut Pasteur, à Alger. Mission à Tanger (épidémie cholérique de 1895); titulaire de la médaille d'or à l'occasion de l'épidémie cholérique de 1893, dans le département de Constantine.

Mérite agricole. — Ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

MM. les docteurs Billot (de Lons-le-Saulnier) a été le premier, dans le sud du Jura, à reconstituer les vignobles par des plants greffés; vingt-cinq ans de services. — Vaffier, maire de Chênes; administrateur de la société d'agriculture de Mâcon. Auteur de divers articles agricoles et viticoles. S'est occupé activement de la reconstitution des vignobles dans la région. — Bardo, membre du conseil général d'Alger, maire de Chéragas; trente-quatre ans de services. — Fabriès, maire de l'Oued-Imbert, vice-président du comice agricole de Bel-Abbès pendant dix ans, puis président depuis 1891. A collaboré à l'établissement de la carte agronomique de l'arrondissement de Sidi-bel-Abbès; trente deux ans de services. — Vincent, à Papeete, président de la chambre d'agriculture des établissements français de l'Océanie.

École de médecine de Caen — M. Guillet, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique obstétricale.

M. Noury, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite école.

Etrangers et équivalences. — Pour parer, dans la mesure du possible, à l'envahissement de plus en plus grand de la Faculté de médecine de Paris par les étudiants étrangers commençant leurs études avec des *équivalences* très peu équivalentes à nos baccalauréats, une mesure vient d'être prise par une commission nommée, il y a quelques mois, par le ministre de l'Instruction publique. Tous les jeunes gens étrangers qui ont demandé l'équivalence ont été avisés qu'elle ne leur serait accordée que pour les Facultés de province. C'est donc en province qu'ils devront faire *toutes* leurs études médicales.

« Cette mesure, nous a dit M. Brouardel, était imposée par la force même des choses et n'a pas d'autre caractère. La Faculté est organisée et outillée pour fournir l'enseignement à 3,000 élèves. Or, il y en a 6,300, sur lesquels on comptait l'an passé un cinquième d'étrangers. Les cadavres nous manquent. Dans de pareilles conditions, il était tout indiqué de penser d'abord à nous; c'est ce que nous avons fait. »

Les femmes médecins. — On vient d'inaugurer à Bristol un hôpital privé « à l'usage des femmes qui désirent être soignées par des médecins de leur sexe ».

Une légère rétribution sera demandée pour l'admission, l'intention des fondateurs étant de réserver cet hôpital à des malades pouvant payer et n'étant pas, par suite, admissibles dans les établissements publics.

Par 49 voix contre 20, le Collège royal des chirurgiens de Londres vient d'adopter une résolution tendant à décerner à l'avenir les diplômes de l'institution aux femmes. (*Médecine moderne.*)

Opinion du professeur Bergmann sur les femmes. — « J'estime que la femme est absolument inapte soit à étudier, soit à exercer les professions auxquelles les grades universitaires donnent accès. Cette incapacité, selon moi, s'explique par la conformation physique de la femme comme par sa constitution morale. »

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 5. L'UNION MÉDICALE 1er Février 1896.

SOMMAIRE

SUR UN CAS DE COMPRESSION DU NERF MÉDIAN

A LA SUITE D'UNE FRACTURE DE L'HUMÉRUS

Par le Dr Eugène ROCHARD,
Chirurgien des hôpitaux.

Les cas d'exostose, compliquant une fracture et déterminant la compression bien nette d'un nerf avec tous les accidents qu'une pareille lésion comporte, sont assez rares pour que nous en publions un exemple en le faisant suivre des réflexions que cette observation peut entrainer.

Il s'agit d'une compression du nerf médian au pli du coude, ayant déterminé de l'anesthésie, de la paralysie et des troubles trophiques graves, compression survenue à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Voici les faits : un enfant de douze ans, en jouant, tombe et se brise l'os du bras à sa partie inférieure. Il est soigné immédiatement, son bras est placé dans un appareil, la mobilisation de l'articulation est bien conduite. Bref, il guérit sans aucune déformation, avec l'usage de tous les mouvements des articulations huméro-cubitale et cubito-radiale.

Mais à la levée de l'appareil, on constate de l'anesthésie et une certaine paresse du pouce et de l'index, troubles qui n'existaient pas au moment de l'accident; les parents sont affirmatifs sur ce point. On ne peut donc attribuer ces nouvelles manifestations à la blessure du médian, par un des fragments au moment même de la fracture.

La sensibilité disparait dans la zone du médian, l'index et le pouce deviennent inhabiles et ne se fléchissent plus, et de petites plaques de gangrène apparaissent sur l'extrémité de l'index; en même temps qu'au pli du coude, un peu au-dessus de l'interligne articulaire, se montre une petite tuméfaction, située au niveau même du nerf médian.

L'enfant m'est adressé, et je constate tous ces symptômes que je viens d'analyser; l'index se fléchit sur la paume de la main, mais en totalité la deuxième et la troisième phalange restant étendues sur la première. La deuxième phalange du pouce ne peut être fléchie sur la première. L'adducteur, innervé par le cubital, rapproche le pouce en totalité des autres doigts; mais les véritables mouvements d'opposition n'existent plus. Le médius esquisse un mouvement de flexion dans ses trois phalanges, flexion qui existe complète, mais sans grande énergie dans les mouvements de l'annulaire et de l'auriculaire. Le fléchisseur profond fonctionne donc encore bien dans ses faisceaux innervés par le nerf cubital.

FEUILLETON

La Lumière cathodique.

Lumière cathodique! matière radiante! Voilà des termes scientifiques qui ont une jolie apparence d'étrangeté, un parfum d'occultisme, une séduction presque mystique, et qui correspondent pourtant à des réalités matérielles tangibles en quelque sorte, visibles d'une certaine façon, et même calculables, — car les mathématiciens ne respectent rien, encore que les équations en Δx dont ils ont infligé le prosaïque outrage à ces rayons de rêve, aient été reconnues fausses. J'en suis heureux, puisque l'erreur de ces calculs et des conclusions qu'on en avait tirées, nous sauve de voir appliquer ici, une fois de plus, la théorie des ondulations vibratoires de l'éther.

Les calculateurs ne sont pas obligés d'avoir de l'imagination, d'aucuns prétendent qu'elle leur serait une gêne au lieu d'un secours; mais alors qu'ils nous fassent grâce de leurs explications et permettent à notre fantaisie de vagabonder un peu dans les insondables immensités de l'espace, océans de matière radiante, foyers sans limite de lumière cathodique.

Enfin, Dieu soit loué! nous voici à l'abri, pour un coup, de vibrations suivant tel ou tel azimuth, de longueur d'ondes, etc. Faut-il nous en réjouir trop vite et trop bruyamment, et compter qu'on va satisfaire notre avide curiosité par quelque autre explication inédite, nouvelle et qu'on ne sera pas allé chercher dans le vieux stock des hypothèses ayant déjà servi? Non, sans doute. Mais cependant, celle qu'on s'est proposé d'exhumer de la poussière où elle gisait, d'épousseter et de remettre à neuf pour nous, avait fait si peu d'usage jadis, et depuis si longtemps n'en avait fait aucun, qu'elle a l'air vraiment d'être du nouveau : c'est la théorie de l'émission.

Lorsque, dans une ampoule de Crookes, le vide presque absolu a été fait, — le vide à moins d'un millionième d'athmosphère, — il reste, emprisonnées dans le récipient de verre, quelques molécules de gaz qui, à cet état de raréfaction, possèdent et manifestent des propriétés nouvelles,

La sensibilité a disparu à la face palmaire du pouce, de l'index et en partie du médius ; mais l'enfant ne souffre pas et accuse seulement quelques fourmillements de temps en temps dans le pouce et l'index.

Devant des symptômes aussi nets, l'intervention s'imposait ; il fallait faire disparaître la petite exostose, cause du mal ; mais cette intervention fut différée pour des raisons de famille et l'enfant repartit pour la province, devant être surveillé par un médecin qui me le renverrait à la moindre aggravation.

Moins d'un mois après, il me revenait. Les symptômes s'étaient aggravés, presque toute l'extrémité de l'index présentait une plaque ulcéreuse, et l'exostose avait elle-même augmenté de volume.

L'opération fut conduite de la façon la plus simple. Une incision, faite directement sur la tuméfaction osseuse, me fit arriver avec beaucoup de précaution sur le médian, qui était représenté par un ruban aplati, collé sur elle et très altéré. L'exostose fut découverte à sa base et sur le côté interne, et le nerf fut sculpté dans le tissu osseux de nouvelle formation, et avec la plus grande prudence. L'exostose ainsi dégagée fut sectionnée avec une pince-gouge, et les bords de la section, un peu irréguliers, enlevés avec le ciseau et le maillet.

Le nerf fut alors facile à vérifier. Il se composait d'un névrome, c'est-à-dire d'une partie renflée qui attenait à l'exostose et, au-dessous de celle-ci, n'était représenté que par des fibres de tissu conjonctif. Seule, à son côté externe, une toute petite bande semblait établir la continuité ; mais elle était si mince, que j'eus l'idée, un moment, de me porter plus bas pour rechercher ce qui, dans une plaie de nerf, aurait représenté le bout inférieur pour le suturer au bout supérieur avivé ; mais devant la possibilité, pendant mes recherches, de détruire le peu qui restait de ce qui semblait être le médian, je m'abstins, et bien m'en prit comme la suite le démontra. Je me bornais donc à prendre, dans une suture, l'extrémité de l'espèce de névrome que j'avais détaché de l'exostose, et à le suturer en bas à ce qui me restait du nerf médian. Suture de la plaie sans drainage.

Le soir même, quand l'enfant fut réveillé, aucun changement ne s'était produit. Le médius ne se fléchissait pas mieux. La deuxième phalange du pouce était immobile ; quant à l'index, il était entouré d'un pansement que je ne jugeais pas utile de défaire, l'enfant n'accusant aucun changement dans la fonction de ce doigt. La zone anesthésique était toujours la même.

Le lendemain, même état ; mais quarante-huit heures après, on commençait à percevoir un mouvement peu étendu, mais bien indiqué, de la deuxième phalange du pouce sur la première, et l'index se fléchissait presque complètement. La sensibilité était revenue au tact et à la température, l'enfant accusant la sensation bien nette du froid. De plus, l'ulcération du doigt avait diminué considérablement. Au neuvième jour, levée du pansement, ablation des fils ; la plaie s'est réunie par première intention. Les mouvements de l'index sont à peu près les mêmes, il se fléchit presque complètement ; le pouce accuse toujours de petits mouvements de flexion, mais ils ne sont pas très étendus. Il existe, du reste, de l'atrophie de l'avant-bras.

Au neuvième jour, l'enfant quitte Paris, devant suivre un traitement approprié (électricité, massage, etc.).

Plusieurs points de cette observation sont à discuter, d'abord l'étiologie de l'exostose. Comme nous l'avons fait remarquer, il faut rejeter ici une lésion

---

extrêmement remarquables. Certaines actions physiques, les phénomènes électriques, par exemple, s'y produisent avec des effets d'une puissance surprenante ; c'est ainsi que, sous le choc de l'étincelle, le diamant s'y volatilise instantanément, comme s'il faisait explosion. Les propriétés de la matière ainsi raréfiée, sont telles, qu'on a pu très légitimement la considérer comme arrivée à un quatrième état, aussi différent, plus différent même de l'état gazeux que celui-ci ne l'est de l'état liquide ou de l'état solide. Et on lui a donné le nom de « état radiant », « matière radiante ».

Tel est le milieu dans lequel se produit la fameuse lumière cathodique dont on vient de découvrir, un peu par hasard, une si curieuse et si prometteuse application.

L'ampoule de Crookes, à ne s'en tenir qu'aux apparences, c'est le tube de Geissler perfectionné. En réalité, elle est tout autre chose ; un abîme sépare les deux appareils. Celui de Crookes, qui contient la matière à l'état radiant, ne ressemble pas plus à celui de Geissler, qui ne renferme qu'un gaz très dilaté, que ce dernier ne ressemble à un rhéostat à eau. La lumière de Geissler est toujour due à des vibrations de l'éther ; celle de Crookes serait due à une émission de matière.

Telle est, du moins, la conclusion que M. Perrin a cru pouvoir tirer des intéressantes expériences qu'il a instituées et dont il entretenait récemment l'Académie des Sciences.

D'abord il avait vu, Jaumann avait vu comme lui, que l'application d'un aimant fait dévier les rayons, les attire, les infléchit : action difficile à concilier avec l'hypothèse des oudulations. Mais, c'est en se servant d'un tube de Faraday que M. Perrin a surtout ruiné cette hypothèse, déjà bien ébranlée par M. Poincarré, qui avait démontré faux les résultats des calculs de Jaumann. La théorie de l'émission peut seule expliquer l'électrisation négative de l'intérieur du tube de Faraday par les rayons lumineux cathodiques, lorsque le tube est en rapport avec l'anode, et son électrisation positive quand on le relie, au contraire, à la cathode. Seule aussi, elle explique que cette électrisation ne se produise plus quand on fait dévier, à l'aide de l'aimant, les rayons émis par la cathode, empêchant ainsi les particules de matière qui les constituent de pénétrer dans l'étroit

du nerf par un fragment osseux au moment même de l'accident. Cette exostose était-elle sous la dépendance de la fracture? La chose est évidente, puisque son siége la plaçait au niveau même du cartilage de conjugaison. L'enfant aura été atteint d'un décollement épiphysaire, lésion qui remplace, dans le jeune âge, la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, et le travail de réparation aura donné lieu à une formation osseuse aberrante.

Cette exostose était peu volumineuse, aiguë, et justement placée sous le nerf médian qu'elle soulevait comme une corde sur un chevalet.

On a pu observer, dans ces cas, tous les phénomènes décrits dans la compression lente d'un nerf: anesthésie, paralysie et troubles trophiques; mais ce qui nous parait intéressant, c'est la constatation de l'état du nerf. Celui-ci, sauf sur une toute petite bande, s'est comporté comme un nerf qui aurait été sectionné avec formation d'un renflement sur ce qu'on pourrait appeler le bout central, et disparition, dégénérescence sur la partie située immédiatement au-dessous de l'exostose. A ce point qu'il nous a semblé que, si la tuméfaction osseuse avait continué à augmenter de volume, ce qui est plus que probable, la presque totalité du médian soulevée par elle aurait été comme sectionnée.

Il faut aussi faire remarquer l'adhérence intime que le nerf avait pris sur l'exostose, adhérence bien prouvée par la difficulté éprouvée pour le détacher.

La réapparition de la sensibilité et de la motilité ont eu lieu en même temps, et comme elle est décrite dans les cas de suture nerveuse, suivis d'un résultat immédiat. Est-ce là la suture des éléments nerveux contenus dans le névrome central, avec ce qui restait du médian qui a pu donner ce résultat? Ou est-ce le fait de l'ablation de l'exostose, permettant le passage plus facile de l'influx nerveux par la petite portion du nerf qui restait? C'est une question qui se pose et qui n'a du reste qu'un intérêt purement théorique.

Au point de vue pratique, il n'en est pas de même. Cette petite bande du médian, qui paraissait insuffisante, a été respectée et prouve une fois de plus, qu'il faut toujours ménager le plus petit filet nerveux, qui souvent est plus utile que ne le devient un nerf dont les extrémités ont été réséquées, et qui a été suturé avec soin. Il eut été, du reste, toujours temps d'aller, dans une seconde opération, rechercher les deux bouts et les mettre en présence, mais il fallait s'assurer auparavant que ce qu'il restait de nerf n'était pas suffisant pour en assurer les fonctions.

Enfin, cette observation est encore curieuse par la rareté des faits de compression nerveuse du médian signalée à la suite d'une fracture, et aussi par le siége de la compression.

C'est le radial, le nerf le plus souvent intéressé dans les bris osseux, et c'est celui qui a donné lieu au plus grand nombre d'interventions.

Le nerf cubital vient ensuite dans les fractures de l'épitrochlée et de l'avant-bras, et enfin le nerf médian, qui est surtout touché dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Il y a longtemps que les éruptions causées par l'antipyrine sont connues des praticiens, mais certaines d'entre elles sont assez rares pour mériter d'être étudiées à part, étant donné les erreurs de

---

orifice de Faraday. Ces particules seraient animées d'une vitesse considérable. Par quoi sont-elles formées?

Ici, j'avoue qu'on touche à l'invraisemblable et que la raison, déconcertée seulement jusqu'à présent, se trouble et en vient à douter d'elle-même. Sous l'influence du passage du courant, les molécules de gaz extrêmement raréfiés qui restent dans l'ampoule subiront un effet analogue à celui dont je parlais plus haut à propos du diamant qui se volatilise dans les mêmes conditions. Ces molécules seraient « brisées en morceaux », en *ions*, suivant l'expression consacrée, et c'est à ces *ions*, projetés avec une violence et une vitesse inouïes, que serait due la lumière cathodique. L'imagination demeure confondue devant une telle pénétration des secrets les plus intangibles des choses, devant des faits dont la réalité ne saurait être mise en doute, malgré que l'intelligence soit impuissante à se les représenter, plus impuissante encore à les comprendre, et c'est un émerveillement d'oû on ne revient pas que l'esprit humain ait pu se créer des méthodes de recherches, des procédés d'investigation assez sûrs, assez précis pour lui permettre d'analyser avec une quasi-certitude des phénomènes dont il ne peut même pas embrasser l'idée. Car, lorsqu'on se croit au bout de sa surprise à l'énoncé de cette pulvérisation d'atomes, — l'atome, dont la seule conception paraît un tour de force, une hypothèse sans consistance, un pur artifice de langage, une convention utile pour le raisonnement et la discussion scientifiques, mais une convention tout de même — lorsque, dis-je, on en est à cette infranchissable limite de l'étonnement, on la franchit encore, cependant, et l'on se sent porté, d'un seul bond, beaucoup plus loin.

La poussière d'atomes, que presque on eût prise pour quelque délirante fantasmagorie de cerveau halluciné, non seulement elle existe, mais on en a dénombré les parcelles, on l'a pesée; je veux dire qu'on en a calculé la masse à l'aide des mesures électriques, dont pourtant la notion, hier encore, existait à peine!

Quoi qu'il en soit de la nature même de la lumière dont il s'agit, elle a des propriétés qui sont aussi déconcertantes que son mode même de production. Si l'on enveloppe d'un voile opaque l'ampoule où elle s'engendre, ses rayons traversent le voile, mais cessent d'être lumineux, sans cesser

diagnostic qui peuvent être commises si on en méconnait la nature. Il en est ainsi des éruptions pemphigoïdes, auxquelles M. L. BODIN vient de consacrer un travail intéressant *(Presse Médicale)*.

Cette éruption possède en commun avec les autres variétés cutanées de l'antipyrinisme : la rapidité extrême de l'apparition des éléments éruptifs (quelques minutes après l'ingestion d'un médicament), accompagnée de symptômes généraux et locaux des plus minimes ; le nombre relativement faible des manifestations cutanées qui sont groupées en quelques régions (poitrine, avant-bras) ; la tendance très nette à se reproduire aux endroits déjà affectés par une éruption précédente.

Tantôt l'éruption pemphigoïde s'étend jusqu'à la muqueuse buccale, tantôt elle la respecte. L'absence de phénomènes généraux est la règle. C'est à peine si l'on observe, dans quelques cas, des chaleurs de la face, des picotements de la peau. Cependant, Petrini a vu l'éruption bulleuse être accompagnée de phénomènes généraux graves : fièvre intense, œdème de la face et des paupières, agitation, subdelirium ; on crut un moment à un pemphigus malin.

La pigmentation consécutive des points atteints est très fréquente dans toutes les variétés d'éruptions dues à l'antipyrine.

M. Bodin rapproche les éruptions pemphigoïdes de certaines éruptions antipyriniques érythémato-pigmentées fixes, décrites par MM. Hallopeau et Brocq. Dans ces dernières, il s'agit le plus souvent de femmes névropathes qui prenaient de faibles doses d'antipyrine pour soulager des douleurs menstruelles. Il se produit alors des placards arrondis ou ovalaires, isolés, d'ordinaire peu nombreux, disséminés çà et là, qui peuvent se phlycténiser.

La malade de M. Bodin avait eu, huit mois avant son éruption causée par l'antipyrine, une éruption identique dans ses parties essentielles, survenue sans aucune ingestion de médicaments, à la suite d'un simple embarras gastrique. La première éruption devait être due à une auto-intoxication par les toxines des fermentations gastriques, tandis que la seconde était causée par l'antipyrine. Cela viendrait à l'appui de cette opinion de M. Besnier : « Les causes banales, considérées comme les plus importantes dans la pathogénie des affections cutanées, ne font, en réalité, que mettre en jeu l'aptitude malade du sujet, et provoquent la détermination cutanée déjà toute préparée. Ce n'est pas le médicament, c'est le malade qui fait l'éruption. »

— M. BALLIN a aussi observé un cas d'éruption antipyrinique très irrégulière qui se reproduisit une dizaine de fois chez le même individu, du mois de juin 1893 au mois d'août 1894 *(Lyon Médical)*. L'éruption consistait en un certain nombre de plaques rouges, devenant d'une nuance très ardente par le grattage ou le frottement. Ces plaques, arrondies ou ovalaires, formaient sur leurs bords un relief abrupt de l'épaisseur d'une pièce de 5 francs, ou à peu près. Lors des premières poussées, deux ou trois plaques se transformèrent en vastes phlyctènes à contenu citrin et transparent. Au début, la rougeur était simplement érythémateuse ; mais lorsque de nombreuses éruptions successives eurent amené plusieurs fois la congestion sur les mêmes points, la couleur rouge sombre persistait plus ou moins longtemps après chaque poussée, et on constatait alors, en appuyant sur la plaque, qu'il restait une tache ecchymotique sous l'épiderme. L'éruption a toujours été localisée en deux mois ; en dehors d'elle, il n'existait qu'une petite plaque sous l'orteil médian droit et un point sans rougeur à la partie interne de

---

d'être lumière ; notre rétine ne les perçoit plus, mais ils impressionnent des écrans sensibilisés. Ils traversent, comme les rayons solaires font le verre, les corps les plus impénétrables aux ondulations lumineuses jusqu'à présent connues. C'est moins la nature même des substances que leur densité qui influence ou gêne leur passage. Une lame de plomb de moins d'un centimètre d'épaisseur leur offre un obstacle presque absolu ; mais ils traversent, comme en se jouant, une plaque d'aluminium épaisse de 15 millimètres. Une planche de sapin d'un pouce intercepte à peine une très faible partie de leur lumière, qui trouve le moyen de traverser encore un volume d'un millier de pages.

Comme les plaques photographiques ordinaires sont susceptibles de recevoir et de conserver l'impression de ces rayons, cette étonnante chose est née : la photographie à travers les corps opaques, plus étonnante peut-être que le télégraphe et le téléphone. Elle en est à ses premiers vagissements, et cependant elle apparait comme une chose presque surnaturelle. Quelles merveilles ne doit-on pas attendre quand elle commencera à balbutier, puis à parler !

Comme on devait le prévoir, parmi les espérances qu'elle a fait naitre, on a tout de suite songé au puissant secours que l'art médical pourrait en recevoir. Photographier les organes à travers les téguments, en fixer sur l'écran les rapports précis, les déplacements, les lésions ; pouvoir lire sur la plaque sensible le diagnostic irréputablement écrit dans tous ses détails ; voir le siége, le nombre, l'étendue des cavernes pulmonaires, d'une tumeur ou d'un abcès cérébral ; connaitre le volume ou la situation exacte d'un calcul vésical, le déplacement d'un fragment osseux, la position, la marche d'un corps étranger ; être renseigné, au besoin, sur l'existence et la nature d'une anomalie artérielle, que sais-je encore, ce serait là un progrès qui prendrait rang, sans doute, entre l'asepsie et l'anesthésie. Mais le rêve est trop haut et rien encore n'autorise à le faire.

Les premières épreuves qu'on ait tenté d'obtenir sont curieuses et intéressantes, mais restent trop loin de ce qu'il serait utile et indispensable qu'elles fussent. Les divers tissus de nos organes sont de densités peu différentes, et il n'est à espérer que chacun d'eux modifie assez la marche des rayons pour que l'on puisse voir se

la gencive supérieure, contre les incisives médianes. A chaque poussée, tous les points primitivement envahis étaient repris, mais chaque plaque était plus étendue que celle de la précédente éruption ; il y avait, en outre, ordinairement deux ou trois plaques nouvelles. L'éruption était très prurigineuse, douloureuse surtout dans les premières poussées. Toujours il y avait perte de l'épiderme par grands lambeaux.

Le malade, âgé de cinquante-cinq ans, était sujet à des maux de tête et prenait de petites doses d'antipyrine.

— M. Suss a publié, de son côté, deux cas d'érythème phlycténulaire produits par l'antipyrine. Consécutivement, à la prise de 3 grammes de médicament, un de ses malades a des taches irrégulières, violacées sur les lèvres et le gland. Dès le lendemain, à la place des taches érythémateuses, il se produit des phlyctènes remplies d'une sérosité louche; le surlendemain, le liquide était franchement purulent. Il faut noter que le sujet était diabétique.

— M. Talamon a insisté, de son côté, sur les éruptions morbiliformes produites par l'antipyrine. Une infirmière de son service, ayant pris 2 grammes du médicament pour une migraine, présentait, le lendemain, sur les bras et les cuisses, une éruption qui ressemblait à celle de la rougeole le deuxième ou le troisième jour; le tronc et la face furent envahis. L'érythème pâlit le quatrième jour, et disparut complètement le cinquième. Naturellement, les éruptions de ce genre ne sont accompagnées ni de fièvre ni de catarrhe des muqueuses.

Chez un thyphique, M. Talamon a vu l'antipyrine produire un érythème framboisé, presque purpurique, avec éruption miliaire confluente sur la nuque et sur l'abdomen. Les érythèmes papuleux sont fréquents; ils débutent habituellement autour des coudes ou des genoux et s'accompagnent ou non de prurit.

On a dit que les accidents cutanés de l'antipyrine étaient en rapport avec un trouble dans la fonction osseuse. Mais, comme le fait remarquer M. Talamon, tous les malades qui prennent de l'antipyrine ont de l'oligurie, et il n'en est qu'un petit nombre qui présente des éruptions. De son côté, M. le professeur Hayem a pensé qu'il pouvait y avoir une gastrite médicamenteuse facilitant une auto-intoxication intestinale. Peut-être, dans certains cas, l'antipyrine absorbée est-elle impure. M. Talamon pense qu'il faut en revenir à la susceptibilité individuelle, à l'idiosyncrasie. Il demande comment on pourrait expliquer autrement le cas d'une de ses clientes, qui ne peut prendre 25 centigrammes d'antipyrine sans voir, au bout d'une demi-heure, un bouton d'herpès, un seul, apparaître au coin de sa lèvre supérieure droite.

M. Talamon insiste sur l'enseignement à tirer de ces faits : à savoir qu'en présence d'une éruption dont l'étiologie ne paraît pas nette, on doit toujours songer à un exanthème médicamenteux en particulier, et non à une maladie aiguë ou chronique. L'exanthème peut se produire, dans certains cas, lorsque le médicament est absorbé par la peau. C'est ainsi qu'un des malades de M. Talamon, petit garçon atteint d'oxyures, eut à deux reprises un érythème ortié après des frictions avec une pommade au salol faites au pourtour de l'anus. Il est évident que dans les cas de ce genre, l'hypothèse d'une gastrite médicamenteuse n'est pas soutenable. (*Médecine moderne.*)

— M. Friedheim a observé un certain nombre de cas d'exanthèmes produits par la digitale; il s'agit

---

profiler en nuances variées, les muscles, les nerfs, les vaisseaux, les tendons. Et si tout doit se borner à ces sortes de planches en deux teintes qu'on nous a montrées, où le squelette seul projette une ombre plus épaisse sur la grisaille des contours extérieurs; à quelque finesse de lignes qu'on arrive dans le dessin de l'os, nous ne retirerons jamais de cela, pour le diagnostic, un profit qui vaille la peine qu'on en tienne compte.

Peut-être y aura-t-il plus d'avantages à trouver dans un autre mode d'utilisation de la lumière de Röntgen. Un des expérimentateurs qui ont renouvelé en France les essais faits ailleurs, prétend que l'œil humain, insensible dans les conditions ordinaires aux rayons X, peut acquérir par l'exercice, par une adaptation spéciale, la faculté d'en être impressionné. Si notre rétine, alors, remplaçant l'écran photographique, reçoit la lumière cathodique qui a traversé des tissus vivants, elle peut, affirme-t-on, percevoir les détails anatomiques de la région examinée, et cette perception s'étend à des particularités même très menues. Qu'y a-t-il de vrai dans ces allégations ? A quoi se réduira la part de la vérité et de l'utilisation pratique. quand l'enthousiasme des premiers moments aura disparu, emportant avec lui le mirage trompeur auquel les meilleurs peuvent se laisser prendre de très bonne foi ? Je ne sais. A vrai dire, je ne compte pas beaucoup plus sur la deuxième méthode que sur la première. Ma défiance peut être, d'ailleurs, aussi injustifiée que trop de confiance, et l'erreur peut être de mon côté aussi bien que de l'autre. Je souhaite vivement qu'elle soit du mien, sans le craindre outre mesure. Le sujet, en tous cas, vaut la peine qu'on y travaille, non seulement en Allemagne, mais chez nous. A défaut des merveilles entrevues et escomptées d'avance, on est en droit d'en attendre quelques services moins brillants, mais solides et importants quand même, car il n'est rien de négligeable ni de méprisable en pareille matière.

Que si des applications possibles de la lumière nouvelle à notre art ou à tout autre branche de l'activité humaine, on s'élève jusqu'aux considérations de la plus orgueilleuse philosophie, on en vient aussi, malgré soi, à quelque désenchantement et comme un peu de désespérance.

N'est-ce pas quelque ironique puissance qui se joue ainsi de notre raison et de nos efforts, comme si elle ne nous

surtout d'eczémas papuleux et de rougeurs érysipélateuses. Ayant prescrit à un de ses malades la mixture suivante :

Teinture éthérée de digitale........ 15 grammes.
Teinture de valériane.............. 45 —

M. à prendre trois fois par jour, la valeur d'une cuillerée à thé.

l'auteur vit se développer, pendant la seconde semaine du traitement, sur le dos, les parties latérales du thorax et sur le ventre, de petites efflorescences papuleuses d'un rouge mat, se disposant par groupes. Autour de plusieurs de ces groupes, il y avait une auréole rouge. Il se produisit, en même temps, une éruption diffuse de furoncles.

M. Friedheim se borna à appliquer une pommade boriquée sur l'exanthème.

— M. Estem (*Revue internationale de thérapeutique*) a vu la codéine entraîner la production d'un érythème d'un rouge vif, occupant la face externe des membres supérieurs, depuis les mains jusqu'au creux des aisselles, ainsi que les parties latérales du tronc, la face externe des cuisses et des bras. De plus, la face dorsale des bras et des jambes, le dos, la poitrine et le ventre étaient parsemés de grosses taches rouges à bords irréguliers. Pas de démangeaisons et pas de troubles de l'état général.

— Voici comment M. Thibierge formule le traitement local des éruptions médicamenteuses :

Dans les formes érythémateuses simples et passagères, on saupoudrera largement à l'amidon.

Dans les formes érythémateuses intenses et dans les formes bulleuses, on emploiera les onctions avec la vaseline boriquée ou le liniment oléo-calcaire.

Dans les éruptions vésiculaires, eczématiformes, on s'abstiendra de faire des applications humides, et on aura recours aux poudres mixtes, plus rarement à la vaseline boriquée ou à la pommade à l'oxyde de zinc.

Dans les formes urticariennes, on fera des lotions antiprurigineuses (eau vinaigrée, eau de Cologne, alcool de menthe coupé d'eau, eau blanche), ou des onctions avec des pommades mentholées, et on poudrera largement à l'amidon.

BULLETIN

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris vient de prendre fin, et il est permis de juger les résultats obtenus à la suite des modifications qui viennent d'y être apportées.

On sait que le jury se compose aujourd'hui de dix membres au lieu de sept, et que pour l'épreuve écrite les juges se divisent en deux groupes, écoutant, l'un la lecture de l'anatomie, l'autre les copies de pathologie; après quoi ces deux jurys partiels se rassemblent pour faire passer l'oral.

Tout a marché à souhait, et le 20 janvier les nominations étaient faites; c'est-à-dire que le concours était terminé dans les délais voulus. Les seuls inconvénients à signaler sont les suivants : Si un juge tombe malade, ou est forcé de ne plus faire partie du concours, le jury partiel dont il était un des membres se trouve en infériorité pour soutenir les candidats, qui ont pu être brillants en pathologie et moins bons en anatomie, par exemple; mais quelle chose humaine n'a pas son petit côté! De plus, il est très difficile à dix membres du corps des hôpitaux de trouver des jours où à certaines heures un d'entre eux ne soit occupé; ce qui fait qu'il pourra peut-

avait donné que ce qu'il faut d'intelligence pour comprendre, à chacune de nos découvertes, que toute notre science, si loin que nous en reculions les limites, n'arrive qu'à éloigner de nous les bornes du connaissable; à compliquer les termes du problème à la solution duquel l'humanité, depuis qu'elle existe, s'acharne; à en multiplier les inconnues; à embrouiller nos calculs en nous faisant voir, lorsque nous venons d'en couvrir une nouvelle page, que nous avons jusque-là suivi une mauvaise voie, commis des erreurs, mal compris les données et mal pesé nos équations.

Et qui serait assez entêté pour dire encore que des faits, dont d'autres hommes affirmeraient avoir été les témoins, ne sont pas scientifiquement possibles. Que deviendraient les négations superbes des phénomènes de la télépathie? de la double vue? de la suggestion mentale ou de l'action à distance des médicaments? Pourquoi pas les tables tournantes et les photographies spirites? Où peser la borne en deçà de laquelle on inscrirait les mots « croyable, possible », pour placarder au delà cette désormais sottise : « incroyable, impossible »?

***

Service militaire. — Le ministre de la Guerre a décidé que les étudiants en médecine, renvoyés dans leurs foyers après une année de service militaire, doivent être de tout point considérés comme disponibles. Ces étudiants peuvent donc, s'ils ont subi avec succès l'examen d'aptitude professionnelle, être nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, avant leur passage dans la réserve, et seront convoqués comme tels pour accomplir la période réglementaire d'instruction de quatre semaines.

La vivisection en Suisse. — Dans le canton de Zurich le referendum vient d'être appliqué à la question de la vivisection. 39,476 voix contre 17,297 ont rejeté une proposition tendant à l'interdiction absolue de la vivisection.

École de médecine de Rouen. — M. Hue, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

être, avec certains jurys, y avoir un peu de retard dans la marche des épreuves.

Signalons aussi un vœu émis par le dernier jury, à propos d'une motion faite par un candidat; ce vœu est le suivant : « Le service militaire ne devra jamais constituer pour le candidat une infériorité ». On classait autrefois les élèves qui avaient obtenu le même nombre de points d'après leur ancienneté de service dans les hôpitaux, ce qui fait que ceux qui étaient libérés de l'impôt du sang avaient une année de plus et devenaient vétérans avant ceux qui avaient été sous les drapeaux. On pouvait voir ainsi un candidat, reçu externe dans un meilleur rang que son concurrent, être classé après lui, parce que le service militaire avait soustrait une année au premier. Ce qui nous paraît la justice a été rétabli, et il est probable qu'il en sera ainsi ultérieurement.

Puisque nous parlons concours, annonçons ce que beaucoup savent déjà, que pendant quatre ans l'Administration de l'Assistance publique va mettre chaque année quatre places de chirurgien des hôpitaux au concours. Nous sommes heureux, pour les candidats, de cette innovation, qui double le nombre annuel des nominations; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire une remarque qui va venir à l'esprit de tous :

Ces chirurgiens vont faire la consultation dans les hôpitaux qui n'en sont pas encore pourvus et ne feront par conséquent de chirurgie que pendant les vacances, c'est-à-dire pendant un ou deux mois, pas davantage, car les titulaires s'absentent de moins en moins, et le nombre des chirurgiens des hôpitaux s'accroissant, chacun d'eux n'aura plus qu'un chef à suppléer.

Quand les nouveaux nommés arriveront-ils à être placés, à avoir un service à eux? D'après les probabilités que donnent les calculs, pas avant quatorze à quinze ans à partir du moment de leur nomination. C'est donc la condamnation à la consultation à perpétuité et un intervalle bien long interposé entre l'internat, la période des concours, le moment en un mot où on se prépare à la chirurgie et celui où on va la faire.

A propos de la découverte de Röntgen

La découverte de Röntgen a été immédiatement appliquée à la thérapeutique chirurgicale, et déjà, dans presque toutes les capitales, son application a été faite à la pathologie humaine.

A Vienne, nous apprend-on, Mosetig Morof a pu déceler un corps étranger implanté dans le métacarpe, grâce à la photographie des rayons de Röntgen. A Berlin, M. Jastrowitz a apporté des photographies de la main. A Berne, M. Kocher a pu déterminer, par ces rayons particuliers, la position d'une aiguille qu'un enfant s'était introduit dans la main.

Enfin, nous lisons dans *The Lancet* que M. Williams a pu ainsi photographier la colonne vertébrale d'un matelot paralysé des quatre membres et enlever, grâce au cliché obtenu, une lame de couteau fortement implantée dans le corps de la dernière dorsale et de la première lombaire.

En France, des expériences ont aussi été faites, et nous n'en voulons pour preuve qu'une communication qu'on lira dans le compte rendu de l'Académie de Médecine et la communication du professeur Lannelongue, que nous reproduisons (Académie des Sciences, séance du 27 janvier 1896) :

De l'utilité des photographies par les rayons X... dans la pathologie humaine.

(Note présentée par M. Lannelongue, en son nom et au nom de MM. Barthélemy et Oudin.)

La communication sur ce sujet de MM. Oudin et Barthélemy nous a conduit à entreprendre un certain nombre de recherches en vue de confirmer les premiers résultats d'abord, en vue aussi de savoir quel parti on pourrait tirer de l'emploi des rayons X....., désignés ainsi par Röntgen, dans les questions de diagnostic. On comprendra tout de suite qu'en présence de la connaissance exacte d'un fait sur lequel on n'est pas fixé, la thérapeutique chirurgicale trouve des applications positives et plus ou moins étendues.

C'est dans ce but qu'ont été entreprises des recherches, dont je viens donner à l'Académie les premiers résultats. Je tiens à lui faire observer, que le premier outillage que nous avons eu à notre disposition est encore insuffisant et qu'il s'est aussi ressenti de notre inexpérience. Si donc nous venons aujourd'hui publier quelques faits, c'est surtout pour répondre au sentiment de curiosité qui s'est traduit dans son sein, lors de la présentation des plaques photographiques par M. Poincarré, et aussi pour dire que véritablement ce nouveau moyen est appelé à trouver des applications multiples en clinique.

Le premier fait est celui d'une pièce anatomique. C'est un fémur atteint d'ostéomyélite. L'un de nous a démontré autrefois que la maladie connue sous ce nom était à tort considérée comme une périostite.

Si cela était vrai, les altérations osseuses auraient dû se produire de la surface au centre de l'os. Sur la photographie de la pièce, on voit, au contraire, que la surface de l'os est intacte, tandis que les couches centrales, jusqu'à un demi-millimètre de la superficie, sont détruites, converties en caverne; le tissu osseux y est extrêmement raréfié et réduit à quelques travées. Normalement, le tissu osseux, compacte, réduit ici presque a la minceur d'une feuille de papier, devrait avoir au moins un demi-centimètre d'épaisseur. C'est ce qui a permis à la lumière de la traverser et c'est la raison d'être des taches blanches qu'on remarque sur l'os.

La seconde photographie est celle d'une affection tuberculeuse de la première phalange du doigt médius de la main gauche. Le diagnostic, facile d'ailleurs, en avait été fait; mais la maladie avait gagné légèrement l'articulation de la première avec la seconde phalange, et la seconde phalange était aussi, d'après l'examen clinique du sujet, un peu atteinte. L'épreuve photographique confirme entièrement le diagnostic. La première phalange est plus gonflée

que celle des autres doigts; de plus, les limites de l'os sont confuses parce que le périoste est épaissi par des fongosités et peut-être par une hypergenèse de tissu osseux. Le segment de la seconde phalange, que nous supposions être atteint secondairement, présente en effet une partie plus claire, indice d'une ostéite raréfiante. Enfin, l'espace occupé par les cartilages de cette articulation est plus grand que sur les autres jointures analogues, ce qui indique que l'articulation est un peu atteinte, comme nous l'avions pensé.

La troisième photographie a une signification moins précise. L'épreuve n'est pas bonne; l'exposition de la main à la lumière n'a pas été assez longue. Il s'agissait d'une pièce anatomique, tirée de son musée de l'hôpital Trousseau, et qui a macéré pendant plusieurs années dans un liquide alcoolique et arsenical. On n'y voit qu'une chose significative dans l'espece, c'est une ulcération profonde d'un des os du carpe, c'est-à-dire une perte de substance de cet os en face d'une ulcération superficielle de la peau. La photographie montre une tache blanche au niveau de l'ulcération osseuse.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 28 JANVIER 1896

Il est souvent bien difficile de trouver l'origine de la tuberculose chez des malades ne présentant pas d'antécédents héréditaires, et les faits de contagion hospitalière sont encore assez incertains. M. JACCOUD présente cependant à l'Académie, trois observations qui démontrent tout au moins la possibilité de cette contagion. Chez les trois malades on trouve, tout d'abord, une même particularité: une affection accidentelle, de nature inflammatoire ou d'origine traumatique qui évolue normalement, puis une période silencieuse, enfin une troisième phase, que la présence du bacille de Koch dans les crachats rend significative.

Dans ces trois faits, l'autopsie vint démontrer l'absence de foyer tuberculeux ancien et la nature bacillaire des lésions ayant leur origine dans le foyer inflammatoire primitif.

Pourquoi, demande M. Jaccoud, ces hommes robustes, sans tare pathologique antérieure, ont-ils contracté la tuberculose? C'est qu'ils ont conservé, après la maladie inflammatoire accidentelle, un foyer d'hypotrophie pulmonaire favorable au développement des germes tuberculeux.

Où ont-ils pris ces germes? Trois hypothèses peuvent se défendre : 1° ces malades ont pu être contagionnés à l'hôpital; 2° ou bien ils portaient en eux-mêmes des bacilles non-virulents, mais dont la virulence a été exaltée par la maladie inflammatoire; 3° la contagion a pu se produire en dehors de l'hôpital.

Il est impossible de se prononcer d'une façon affirmative sur l'un de ces trois modes de développement de la bacillose chez ces malades. M. Jaccoud, toutefois, sans nier la contagion hospitalière, ne la croit pas plus grande que dans d'autres milieux. L'isolement des phtisiques ne s'impose donc pas. Mais il importe de diminuer les causes de dissémination des bacilles et d'éviter les conditions favorisant l'augmentation de leur virulence.

Il faut donc, tout d'abord, supprimer les poussières émanant des crachats, des linges souillés, etc., et écarter les dangers d'infection secondaire par les pneumocoques, streptocoques, etc. Donc, le véritable moyen d'éviter la contagion hospitalière, c'est de veiller sur l'hygiène des salles de malades et d'arriver, en premier lieu, à supprimer les poussières.

C'est aussi l'opinion de M. DUGUET : dans son service, on ne ballaie pas; les planchers, calfatés et vernis, sont lavés et nettoyés avec de la sciure de bois mouillée; dans les crachoirs, qui contiennent une solution antiseptique, les crachats ne peuvent se dessécher.

La dessication et la dissémination des produits tuberculeux, voilà, en effet, les éléments de la contagion de la tuberculose. M. NOCARD en a eu la preuve dans deux faits qu'il cite : un taureau sain, placé après la castration dans une étable où il était séparé d'animaux tuberculeux par quelques stalles vides, devint peu de temps après tuberculeux. Une vache bretonne, ayant séjourné quatre mois dans ce même local, devint aussi tuberculeuse.

M. PÉAN rappelle que la question des rapports du traumatisme et de la phtisie est déjà ancienne; Velpeau affirmait que les traumatismes favorisent le développement de la phtisie; Nélaton était d'un avis contraire. M. Péan regarde les poussières comme très dangereuses, non seulement au point de vue de la tuberculose, mais aussi au point de vue des autres infections, et non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue chirurgical. Aussi, après une opération, doit-on isoler autant que possible le malade. M. Péan pense, en outre, que l'Académie devrait intervenir et émettre son avis dans la construction des hôpitaux et la disposition des salles de malades.

M. TARNIER incrimine les saillies et les angles, où les poussières s'accumulent si facilement. M. DUMONTPALLIER, par contre, n'a pas peur de la poussière. Il ne nie pas la contagion hospitalière, mais il la croit peu fréquente.

— Après cette intéressante discussion, M. FOURNIER lit au nom de MM. BARTHÉLEMY et OUDIN, une note ayant trait au grand fait du jour, *la photographie à travers les corps opaques*, d'après la méthode du professeur Röntgen, de Würtzbourg.

Nous faisons, disent MM. Barthélemy et Oudin, passer le courant secondaire d'une forte bobine de Rhumkorf (bobine pouvant donner une étincelle de 10 à 15 centimètres), à travers un tube de Crookes, à espace très raréfié, dans lequel le vide peut être maintenu à la même pression pendant le temps de l'expérience. Les rayons qui partent du pôle négatif ou cathode ont la propriété de traverser les corps opaques, tels que le carton, le bois, les tissus, les métaux en lames minces (le platine excepté), etc., etc. Mais ces mêmes métaux, sous une plus grande épaisseur, les sels de chaux, et par conséquent les os, jouissent de la propriété d'arrêter ces rayons lumineux. Ce ne sont même pas, à proprement parler, les rayons cathodiques qui possèdent ces propriétés, mais bien les rayons engendrés par les vibrations de l'éther sous leur influence.

Ces rayons sont invisibles à notre rétine et échappent aux lois de la réflexion et de la réfraction auxquelles obéit la lumière. Ce sont eux, que l'auteur de la découverte, le professeur Röntgen (de Wurtzbourg), a désigné dans son mémoire sous le nom de rayons X..., et qui porteront à l'avenir le nom très justifié de rayons Röntgen. Or, il est très difficile d'avoir des tubes de Crookes pouvant conserver le vide à une pression constante et assez faible pour produire les Röntgen. M. Seguy a pourtant pu nous en fournir qui remplissaient les conditions indispensables à la réussite des expériences.

Une fois l'appareil en marche, nous avons placé, à 10 centimètres environ du tube et perpendiculairement à son axe, en face du point qui vient frapper le plus gros faisceau des rayons cathodiques, une plaque photographique (de la marque Lumière, bleue), enveloppée complètement de quatre épaisseurs de papier noir, de façon qu'aucune sorte de rayons lumineux ordinaires ne puisse l'impressionner; le papier est simplement maintenu par un anneau de caoutchouc. Au contact de cette plaque, entre elle et le tube, nous appliquons l'objet dont nous voulons obtenir l'image. La durée de la pose est de vingt minutes, avec nos appareils, pour une main d'adulte. Pour les autres régions, elle variera en raison de l'épaisseur des tissus à traverser et du rendement du dispositif expérimental.

Le développement se fait comme pour un cliché ordinaire. Pour cette photographie, comme pour la photographie courante, il y a une « mise au point » à obtenir. La main ainsi photographiée (si l'on a expérimenté sur une main) ressemble à celle d'un squelette qui serait entourée d'une zone gélatineuse translucide; les os ont arrêté les rayons Röntgen, tandis que les parties molles se sont laissées traverser par eux d'une manière assez complète pour que la plaque soit impressionnée. On peut ainsi découvrir et nettement localiser des lésions et des corps étrangers.

Un outillage spécial et plus puissant devra être créé pour des recherches plus complètes.

ÉLECTION A DEUX PLACES DE CORRESPONDANT NATIONAL (2e DIVISION)

(Pathologie chirurgicale, Médecine opératoire, Accouchements).

Première élection.

Votants : 65. — Majorité absolue : 33.

Ont obtenu :

M. Gross (Nancy)	38 voix. Élu.
M. Gaulard (Lille)	19 —
M. Poncet (Lyon)	5 —
M. Poncet (Cluny)	2 —
M. Auffret (Rochefort)	1 —

Deuxième élection.

Premier tour de scrutin.

Votants : 64. — Majorité absolue : 33.

Ont obtenu :

M. Poncet Lyon)	22 voix.
M. Poncet (Cluny)	21 —
M. Gaulard (Lille)	15 —
M. Auffret (Rochefort)	2 —
M. Folet (Lille)	1 —
Bulletins blancs	3

(Ballottage.)

Deuxième tour.

Votants : 58. — Majorité absolue : 30.

Ont obtenu :

M. Poncet (Lyon)	32 voix. Élu.
M. Poncet (Cluny)	17 —
M. Gaulard (Lille)	8 —
Bulletins blancs	1

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur le *traitement de l'hématocèle* continue, et c'est M. Chaput qui prend le premier la parole.

Pour lui, le diagnostic de l'hématocèle présente souvent de grandes difficultés.

Il a observé, ces jours derniers, une malade qui, le 12 août 1895, fut prise, pendant un coït, de violentes douleurs abdominales, coïncidant avec une abondante hémorragie. Au mois de décembre dernier, elle eut une nouvelle perte, bientôt suivie de fièvre. Le toucher vaginal permettait de sentir une énorme tumeur fluctuante, occupant surtout le cul-de-sac postérieur. On pouvait songer à une hématocèle, et cependant, une ponction, pratiquée le matin, n'a donné issue qu'à du pus.

Tous les chirurgiens sont actuellement d'accord sur la valeur qu'il faut accorder à la laparotomie dans les cas de grossesse extra-utérine, compliquée d'hémorragie non enkystée.

Dans les épanchements enkystés, c'est-à-dire dans les hématocèles, les uns conseillent la laparotomie, les autres pratiquent de préférence l'incision vaginale. Pour sa part, il préconise la laparotomie, et c'est à cette opération qu'il s'adressera chaque fois qu'il aura diagnostiqué une hématocèle. D'autre part, si, au cours d'une intervention vaginale, il rencontre une hématocèle non diagnostiquée, il n'hésiterait pas à compléter son intervention par une laparotomie, pour enlever, avec l'œuf, le placenta et la trompe.

On attendait l'avis de M. Bouilly, qui monte à la tribune pour appuyer, nous dit-il, les conclusions du rapport de M. Picqué.

Pour le chirurgien de Cochin, deux points sont principalement intéressants dans cette question.

D'abord la difficulté du diagnostic et ensuite les indications du traitement.

M. Bouilly laissera de côté les cas exceptionnels de grossesse extra-utérine arrivée à sept ou huit mois, et ne s'occupera que des malades de pratique courante, c'est-à-dire de celles dont la grossesse n'a pas dépassé trois mois, ou à peine.

On voit en effet rarement, dans les services de clinique, des femmes arrivées à huit mois d'une grossesse tubaire et, exceptionnellement aussi, des femmes qui, dans le cours d'une grossesse, à deux ou trois mois, par exemple, sont prises d'hémorragie grave. M. Bouilly n'en a vu qu'un cas dans son service et n'en a relevé que trois dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie ou dans les volumes du Congrès de chirurgie, du moins depuis quinze années. A cela on pourrait peut-être répondre que tous les cas ne sont pas publiés et que les chirurgiens du Bureau central sont appelés assez souvent à en opérer d'urgence. Ce sont, en général, des malades passées de médecine en chirurgie; pour notre part, nous en avons un bel exemple, suivi de guérison. La laparotomie est ici forcément de rigueur.

La plupart des malades qu'on observe, continue M. Bouilly, ont leur hémorragie faite et leur histoire est toujours la même : c'est celle de l'hématocèle, si bien observée cliniquement, avec suppression ou retard des règles, poussée de péritonite, ictus péritonéal, écoulement sanguin, rouge d'abord, puis chocolat, par l'utérus, qui est repoussé en avant par une tuméfaction située en général dans le cul-de-sac postérieur. Il faut bien savoir que les mêmes symptômes peuvent être donnés par un épanchement abondant intra-péritonéal ou par la rupture d'une grossesse dans la trompe qui la contient, et c'est dans ces cas qu'on trouve quelques petits caillots sortis du pavillon avec un peu d'épiploïte.

Qu'il y ait embryon ou non, personne n'en sait rien; car un embryon qui a séjourné quelque temps dans le foyer hémorragique se résorbe, et de ce qu'on ne le trouve pas, il ne faut pas en conclure qu'il n'existe pas.

Comment traiter ces hématocèles, qui font saillie dans le cul-de-sac de Douglas? M. Bouilly répondra avec MM. Picqué, Schwartz, Routier, que la méthode de choix

est l'incision postérieure et qu'elle donne des résultats merveilleux. Il en a déjà treize cas à son actif, et toutes les malades ont guéri; et qu'on n'aille pas objecter, avec M. Reynier, qu'on laisse une trompe pathologique, qu'une opération secondaire est nécessaire; non, il n'y a pas le moindre accident ultérieur et, chose particulière, les culs-de-sac reprennent au bout de quelque temps leur intégrité.

— La discussion sur l'hématocèle cesse, et le président donne la parole à M. Chaput, pour un rapport; nous transcrirons la communication que notre collègue a été assez bon pour nous remettre :

Cholécystentérostomie. — M. Chaput : M. Delbet nous a communiqué l'observation suivante :

« Une femme de cinquante-deux ans, n'ayant jamais eu « de coliques hépatiques franches, devint ictérique en juin « 1892. En août 1894, elle entrait à l'Hôtel-Dieu pour des « accidents fébriles très intenses.

« Au moment de l'entrée à l'hôpital, elle était d'un vert « foncé, elle avait de grands accès de fièvre, les matières « étaient décolorées, l'urine ictérique; le foie, très augmenté de volume, descendait jusqu'à la fosse iliaque « droite; la vésicule biliaire n'était pas dilatée.

« Le 30 août 1894, M. Delbet fit une incision sur le bord « externe du muscle droit; il trouva la vésicule rétractée, « collée sur un calcul de volume du pouce, long de 2 à « 3 centimètres. Des adhérences très résistantes avaient « oblitéré l'hiatus de Winslow et empêchaient absolument « l'exploration du cholédoque. L'opérateur incisa la vésicule, morcela le calcul et pratiqua une cholécystentérostomie avec un bouton de Murphy. Malheureusement, « après avoir fixé les deux demi-boutons, l'un dans la vésicule, l'autre dans la première anse grêle, il lui fut « impossible d'articuler le bouton, parce que la vésicule, « trop étroite, ne permettait pas de soutenir avec les doigts « le demi-bouton qu'elle contenait. Le chirurgien enleva le « bouton et fit une suture à deux étages au catgut.

« Les suites furent très simples, les selles se recolèrent « graduellement, l'ictère disparut peu à peu, la fièvre, au « bout de quelques jours, descendit lentement, puis disparut complètement. Dix mois après, la guérison se « maintenait parfaite. »

« Je suis, comme M. Delbet, partisan de l'incision sur le bord externe du muscle droit, car elle est l'incision de choix pour explorer et traiter la vésicule, tout en permettant de manœuvrer facilement sur le cholédoque. L'incision médiane de M. Quénu ne donne accès qu'au cholédoque et ne permet pas d'agir sur la vésicule. Or, l'exploration de la vésicule est indispensable, d'autant plus qu'on est très souvent obligé d'agir avec elle, soit exclusivement, soit simultanément, avec une intervention cholédoquienne. M. Jourdan, dans son excellente thèse, conclut en faveur de l'incision latérale.

« En présence d'adhérences très importantes, rendant très difficile l'intervention sur le cholédoque, M. Delbet avait à choisir entre la cholécystostomie et la cholécystentérostomie.

« MM. Terrier et Michaux, s'appuyant sur les observations de M. Ricard, de Dujardin-Beaumetz, reprochent à la cholécystentérostomie de favoriser l'infection des voies biliaires, tandis que la cholécystostomie ferait cesser les accidents infectieux préexistants.

« A mon avis, toute opération qui supprime la stase biliaire réalise, de ce fait, la désinfection relative des voies biliaires; à ce point de vue, les deux opérations se valent sensiblement.

« On objecte à la cholécystentérostomie que la vésicule débouche dans un milieu septique; mais n'en est-il pas de même pour la cholécystostomie, lorsque, au bout de quelques semaines le malade se panse lui-même?

« Au point de vue de l'infection, les deux opérations la combattent, en supprimant la stase, et la favorisent par ce fait qu'elles débouchent en milieu septique; mais l'action favorisante est très restreinte, tant que le cours de la bile n'est pas ralenti par un obstacle normal.

« Tandis que la cholécystostomie occasionne une infirmité cruelle, la cholécystentérostomie n'a aucun inconvénient. Je ne serais même pas éloigné de la croire supérieure à la cholédocotomie elle même, dans le traitement des calculs du cholédoque.

« Quoi qu'il en soit, je tiens à faire remarquer que, dans l'observation de M. Delbet, la cholécystentérostomie, non seulement n'a pas favorisé l'infection, mais au contraire l'a guérie radicalement et définitivement.

« M. Delbet, ne pouvant anastomoser le duodénum avec la vésicule, a choisi la première anse grêle; c'était beaucoup plus rationnel que de prendre l'estomac (puisque la bile arrête la digestion gastrique), ou une anse grêle quelconque, ou le gros intestin, parce que, dans ce dernier cas, une grande longueur du tube digestif est soustraite aux conditions normales de la digestion.

« Le bouton de Murphy n'a pu être articulé à cause des faibles dimensions de la vésicule; ajoutons qu'en raison de l'épaisseur des parois de cet organe, on aurait pu craindre des accidents de perforation par le bouton, comme c'est arrivé au malade de Shepherd, chez lequel la vésicule, très épaisse, fut coupée net par le bouton et amena la mort par hémorragie.

« Le procédé de la suture à deux étages, employé par M. Delbet, me paraît de tous le plus simple, le meilleur et le plus bénin. »

M. Quénu répond qu'il ne faut pas croire que l'incision sur la ligne médiane empêche de voir la vésicule; du reste, on peut, si la chose est nécessaire, y joindre une incision horizontale. Ensuite, l'exploration du canal cholédoque est possible, même quand il est lésé, les faits le démontrent. Enfin, il ne faut pas, avec M. Chaput, conclure à la cholécystentérostomie dans tous les cas, car elle est impossible quand la vésicule est très rétractée.

M. Terrier discute aussi le rapport de M. Chaput. Pour lui, il n'est pas démontré que dans l'observation de M. Delbet il y eut un calcul du canal cholédoque. Il y avait un calcul à l'entrée de la vésicule, et celui-ci enlevé, la bile a coulé et la cholécystostomie aurait pu guérir la malade comme la cholécystentérostomie.

Quant aux adhérences, il y en a toujours, mais cela n'empêche pas que la connaissance de l'anatomie du canal cholédoque soit utile.

M. Chaput semble croire qu'au point de vue de l'anastomose, celle de la vésicule avec l'estomac doit être rejeté à cause de l'effet de la présence de la bile sur la digestion stomacale; mais on sait aujourd'hui que cette bile n'a aucun mauvais effet sur cette digestion. On abouche où on peut, le plus près possible du duodenum, si c'est possible, à l'estomac ou à l'intestin grêle.

Enfin, parlant des infections biliaires, M. Terrier ajoute que c'est un sujet encore peu connu, et cite l'exemple d'un malade opéré de cholécystostomie, dont la bile, injectée chez les animaux, ne donnait aucune suppuration, chez lequel il ferma la fistule et il eut un abcès produit par le bactérium coli contenu dans la bile.

Il est donc difficile, à l'heure qu'il est, de conclure

comme l'a fait M. Chaput, et la cholécystostomie a cet avantage sur la cholécystentérestomie, qu'elle est plus rapide et est mieux supportée par les hépatiques.

— MM. Bayer (de Prague), Mikulicz (de Breslau), Murphy (de Chicago) et Ratimoff (de Saint-Pétersbourg), ont été élus correspondants étrangers, et MM. Dubourg, Mignon et Villar, correspondants nationaux.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1896

La communication que M. Faisans a faite dans la dernière séance sur un cas de *pseudo-méningite due à la créosote*, amène aujourd'hui M. Burlureaux à la tribune. Faut-il, demande celui-ci, proscrire l'usage de la créosote à hautes doses, par crainte d'accidents analogues à ceux qu'a présentés le malade de M. Faisans? Ces accidents sont très rares, puisque M. Burlureaux n'en a observé que trois cas depuis cinq ans qu'il emploie la créosote à hautes doses; de plus, ils ne sont graves qu'en apparence et disparaissent en six ou huit jours; d'autre part, on cesserait de faire de la thérapeutique si l'on se laissait arrêter par tous les accidents qui peuvent arriver lorsqu'on emploie des médications actives; enfin, on arrivera probablement un jour à connaître la pathogénie même des troubles nerveux imputables à la créosote et à les prévenir.

Toutes ces raisons semblent suffisantes à M. Burlureaux pour autoriser l'emploi, chez les tuberculeux, de la créosote à hautes doses, aux doses les plus fortes que pourra tolérer le malade. Il ne faut ni aller au delà ni rester en deça de ces doses, et le médecin doit chercher pour chaque malade la limite de tolérance, en ayant pour guides les diverses manifestations qui se produisent quand on la dépasse.

L'opinion de M. Burlureaux est basée sur une longue et patiente observation; le nombre des malades qu'il a ainsi soignés est considérable La créosote n'est pas un spécifique de la tuberculose, mais c'est une des substances les plus utiles dans le traitement de cette affection, et, sans craindre outre mesure les accidents qu'elle peut déterminer, il faut l'employer à la fois prudemment et hardiment.

M. Faisans, ainsi qu'il l'avait fait pressentir dans sa dernière communication, est loin d'avoir dans la créosote la même confiance que M. Burlureaux; il n'est pas prouvé, d'après lui, que la faveur dont jouit en France le traitement de la tuberculose par la créosote à hautes doses soit bien méritée. Tout d'abord le médicament est contre-indiqué dans un nombre de cas assez considérable : on ne doit pas l'employer quand les malades ont de la fièvre, des hémoptysies, quand ils souffrent de troubles dyspeptiques. Or, que de tuberculeux présentent ces accidents! M. Burleaux a publié un grand nombre de faits dans lesquels il a obtenu par sa méthode des améliorations considérables, notamment au point de vue du poids. Mais on obtient aussi souvent de pareils résultats, quelquefois très remarquables, avec de l'huile de foie de morue, de la poudre de viande à hautes doses. M. Faisans a vu un tuberculeux traité par de la poudre de viande, suivant la méthode de M. Debove, gagner exactement 4 kilogrammes en huit jours.

Que la créosote soit un excellent balsamique, personne ne le nie, et à ce titre, elle peut rendre de grands services dans les bronchorrées; mais il faut se garder d'en faire systématiquement le médicament de choix contre la tuberculose; elle n'a point fait la preuve de son efficacité.

MM. Ferrand et Lereboullet s'associent aux réserves de M. Faisans. Pour M. Lereboullet, la créosote ne serait réellement utile que dans les formes torpides de la tuberculose, dans la scrofulo-tuberculose.

Le procès de la créosote n'est point terminé; la suite de la discussion est renvoyée à quinzaine sur la proposition de M. Fernet.

— MM. Mathieu et Milion présentent ensuite une intéressante étude d'un phénomène beaucoup moins rare qu'on le suppose et qu'ils nomment : la *pituite hémorragique des hystériques*.

Les malades, qui sont toujours des hystériques nettement stigmatisés — le plus souvent, mais non toujours, des femmes — vomissent de temps en temps, presque toujours la nuit, une petite quantité d'un liquide que les auteurs comparent à du sirop de groseilles étendu d'eau.

M. Josserand, de Lyon, qui a fait une bonne étude de ce symptôme, le compare à du sirop de rathania étendu. On voit parfois, du reste, le liquide, qui d'abord était d'un rouge sirop de groseilles, prendre une coloration plus noire, ce qui peut être dû à l'action du suc gastrique qu'il renferme. Ce liquide est constitué, ainsi que le montre l'analyse chimique et microscopique, par de la salive mélangée d'une petite quantité de sang. Parfois on y trouve des débris alimentaires ou de l'acide chlorhydrique, ce qui démontre qu'il a été vomi. Cependant, il n'est pas établi que le sang vienne toujours, ni même ordinairement, de l'estomac.

En effet, MM. Albert Malhieu et Milion rapportent une observation dans laquelle il y eut d'abord de la sialorrhée sanglante, puis des vomissements. Il peut donc y avoir déglutition d'une salive sanglante que l'estomac rejette par vomissements au bout de quelque temps. Ce serait donc une véritable pituite sanglante.

La pituite hémorragique est souvent précédée ou accompagnée de prodromes absolument semblables à ceux qui annoncent les crises hystériques; elle semble représenter une crise avortée ou larvée. Souvent cet accident se reproduit à des reprises successives d'une façon assez tenace, quelquefois tous les jours.

La pituite hémorragique ne parait pas, jusqu'ici, avoir été rencontrée en dehors de l'hystérie; Lassègue, Hanot, Josserand la considéraient, du reste, déjà comme une manifestion de cette névrose.

— L'observation que rapportent MM. Fernet et Lorrain a trait à un malade de cinquante-six ans, atteint, après quelques phénomènes pulmonaires, d'arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche et de méningite à pneumocoques. Dans les derniers jours, le tableau clinique fut celui d'une infection généralisée. Les faits de localisation extra-pulmonaire du pneumocoque sont aujourd'hui bien connus, entre autres les meningites et les arthrites. Mais un point particulièrement intéressant du cas de MM. Fernet et Lorrain est qu'il s'agissait d'une ostéo-arthrite, avec destruction du ménisque inter-articulaire, des cartilages, des ligaments, dénudement et état spongieux de l'extrémité osseuse. L'articulation et les méninges contenaient le pneumocoque à l'état pur.

Chez un saturnin, dont M. Widal a pratiqué naguère l'autopsie, on constatait une péricardite purulente et une arthrite de l'articulation métatarso-phalangienne gauche. Cette dernière localisation infectieuse était due évidemment à la localisation uratique. Le pus de la péricardite et le pus de l'arthrite contenaient le pneumocoque à l'état pur.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Brocq a vu se produire, chez une de ses clientes, une dermatose que l'on peut regarder comme une véritable *paludide* et que l'on doit considérer comme un premier exemple indiscutable de cette forme d'affection. La malade, âgée d'une quarantaine d'années, fut prise, en septembre 1894, d'une affection bizarre du nez, constituée par un groupe de papulo-vésicules géantes de 2 millimètres environ de diamètre, au nombre de sept à huit, s'accompagnant de légères sensations de brûlures ou de cuisson. La plaque éruptive devenait, vers les quatre ou cinq heures du matin, rouge, enflammée, comme turgescente; de toutes les vésicules il suintait un liquide transparent, séreux, fort abondant. Ces phénomènes de congestion atteignaient leur maximum entre sept et neuf heures du matin, puis ils diminuaient graduellement d'intensité. Vers les deux heures de l'après-midi, parfois plus tôt, le suintement cessait de se produire et la turgescence disparaissait vers six heures du soir; la lésion était à peine visible. Sur deux jours, la malade avait un jour de relativement bon, pendant lequel la poussée se produisait avec toute sa violence. La malade avait déjà eu plusieurs manifestations larvées de l'impaludisme, en particulier une pneumonie intermittente qui n'avait cédé qu'à de fortes doses de quinine, et elle habitait pendant plusieurs mois de l'année la Sologne.

Ces considérations conduisirent M. Brocq à donner du chlorhydrate de quinine à la dose quotidienne de 80 centigrammes en deux fois. Au bout de quarante-huit heures, les poussées congestives avaient cessé; en quatre jours la lésion, que l'on avait inutilement traitée pendant deux mois par toutes sortes de topiques, avait presque complètement disparu. La malade cessa trop tôt la médication interne; les accidents cutanés reparurent bientôt avec les mêmes particularités; la quinine les fit de nouveau disparaître. Le même fait se renouvela encore deux autres fois; enfin une médication quinine, puis arsenicale prolongée, fut suivie d'une guérison définitive.

Des considérations qui précèdent, M. Brocq tire les conclusions suivantes :

1° Ce fait doit être rangé parmi les dermatoses encore mal connues, qui constituent une forme cutanée vraie et pure de l'impaludisme larvé;

2° En présence d'une dermatose rebelle à des symptômes un peu insolites, il faudra songer à la possibilité de l'impaludisme;

3° La quinine, puis l'arsenic, sont dans ces cas des médicaments réellement héroïques, alors que le traitement local reste sans effets.

— M. Danlos a montré un malade atteint d'*érythrodermie* exfoliante. M. Leredde a fait l'étude histologique de cette érythrodermie.

Les lésions microscopiques sont assez comparables à celles du mycosis fongoïde (prolifération des cellules fixes, diapédèse des leucocytes; autour des vaisseaux, présence d'un réticulum, maszellen nombreuse); il faut noter la présence d'amas pigmentaires dérivés peut-être des maszellen.

Mais jamais jusqu'ici on n'a observé dans le mycosis la présence de cellules éosinophiles, en grand nombre, autour des vaisseaux, sans diapédèse d'éléments polynucléaires vulgaires. Ici elle est tout à fait caractéristique. Il existe une altération sanguine extrêmement marquée, qui paraît engendrer la dermatose. C'est une leucocytose modérée (17,000 globules blancs), avec altérations qualificatives énormes : éosinophiles, 25 %; lymphocytes mononucléaires, 50 %; polynucléaires, 2 % seulement. Il ne s'agit pas d'une maladie de Duhring; la dermatose actuelle est une hématodermite.

(La fin au prochain numéro.)

ÉCHOS & NOUVELLES

Mort du Dr Prengrueber. — Le Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de Chirurgie, ancien rédacteur en chef du *Bulletin médical*, est mort le 24 janvier, dans sa 49e année.

Sa carrière fut toute de travail, et il meurt, on peut le dire, victime d'un surmenage intellectuel, qui commença dès ses premières années d'étude pour ne finir qu'avec les premières atteintes de la maladie qui l'a enlevé à l'affection de ses nombreux amis.

Peu de ses collègues assistaient à son convoi, et il faut bien se garder de mettre cela sur le compte de l'indifférence; mais c'est à peine si quelques-uns d'entre eux furent prévenus. Le président de la Société des Chirurgiens des Hôpitaux, le président de la Société de Chirurgie, le représentant des Chirurgiens du Conseil de surveillance, ignoraient encore sa mort au moment même où on l'enterrait.

Aussi ne nous faisons-nous que l'écho des nombreuses plaintes que nous avons entendu émettre par ses collègues, en reprochant à l'Administration de l'Assistance publique de n'avoir pas averti le corps des hôpitaux de la mort d'un de ses membres. Ce qu'une famille dans la douleur ne songe pas souvent à faire, peut être fait sans peine par les bureaux de l'Administration, et de cette façon il n'y aurait pas d'oubli de commis.

Concours. — 1° Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Médecine de Dijon.

2° Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant l'École de Médecine de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à la dite école.

Ecole de Médecine de Nantes. — M. le Dr Sourdille est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

École de Médecine de Tours. — M. le Dr Delagenière est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10. — Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 6. L'UNION MÉDICALE 8 Février 1896.

SOMMAIRE

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La lutte contre l'alcoolisme dans l'enseignement secondaire. — Protection de l'enfant avant sa naissance.

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs d'académie une circulaire par laquelle il leur prescrit d'introduire, dans l'enseignement des lycées, les leçons sur les dangers de l'alcoolisme, qu'il a déjà fait entrer dans l'enseignement primaire. Dans une dernière chronique de l'an dernier (1), j'ai rendu compte de cette première innovation; et de la façon dont elle avait germé dans l'esprit des hygiénistes.

Par sa circulaire du 2 août 1895, le ministre avait engagé déjà les recteurs à se concerter avec les inspecteurs d'académie, pour qu'un enseignement anti-alcoolique fût donné, à titre de complément, dans les écoles normales. Dans un rapport très étudié (2), M. Steeg avait montré qu'il n'était nécessaire ni de remanier ni de grossir les programmes officiels, pour y faire entrer l'enseignement anti-alcoolique. Les notions qu'il comporte rentrent d'elles-mêmes dans les différents cours des écoles normales, et il est facile de les rattacher également aux divers chapitres des programmes imposés aux écoles primaires, qu'elles soient supérieures ou élémentaires.

La même méthode est recommandée par le ministre, dans sa récente circulaire : « Il est, dit-il, « une œuvre de préservation sociale, à laquelle il « convient que l'Université soit attentive, et pour « laquelle l'action commune des trois ordres d'en« seignement peut s'exercer d'une manière efficace. « Je veux parler de la lutte contre l'alcoolisme, dont « les progrès inquiétants préoccupent tous les bons « esprits. Ce qui peut se faire à l'École normale, ou, « sous une forme plus simple, à l'école primaire, est « également faisable au lycée et au collège, et cette « innovation ne réclame aucune modification de nos « programmes. »

Le ministre, développant cette idée, montre comment chaque professeur peut contribuer pour sa part à initier les élèves à ces utiles notions. Le professeur d'histoire naturelle et de physiologie leur fera connaître les troubles fonctionnels et les altérations organiques que l'abus de l'alcool fait naître et qui ont pour dernier terme une mort prématurée ou des infirmités incurables. Le professeur chargé de donner aux élèves quelques notions d'hygiène, en parlant des aliments et des boissons, se trouvera naturellement conduit à traiter la question de l'alcoolisme, et elle se retrouvera encore dans le cours de chimie, à l'occasion de l'alcool et des fermentations. De la sorte, ajoute le ministre, que dans leur temps de collège, tous ceux qui sont appelés à jouer un certain rôle dans la société, ceux, en particulier, qui deviendront chefs d'industrie, seront en mesure de prémunir leurs employés et leurs ouvriers contre les dangers de l'alcoolisme qu'ils auront de bonne heure appris à connaître.

Le raisonnement est fort juste. Je comprends l'avantage qu'il y a à ne pas surcharger les programmes d'un cours nouveau et le personnel d'un professeur de plus; mais je crains que ceux qui seront chargés de développer les considérations relatives à l'alcoolisme ne regardent cela que comme un hors-d'œuvre et n'y mettent pas l'ardeur entraînante et la force de conviction nécessaire pour convaincre les jeunes esprits. On atteindrait, je crois, plus sûrement le but, en chargeant l'un des médecins du lycée de faire chaque année un couple de conférences sur un sujet, à l'égard duquel il aurait une compétence indéniable, et qu'il développerait avec la puissance de persuasion qu'on a toujours quand on parle de choses qu'on a vues et dont on est bien pénétré.

L'innovation à laquelle le ministre vient de mettre la dernière main me paraît d'une importance considérable et doit produire un jour des résultats sérieux. Ce n'est pas une réforme comme celles qui appartiennent à l'ordre législatif et dont les effets

(1) *Union médicale* du 23 novembre 1895, p. 556.

(2) Rapport présenté par M. Steeg, inspecteur général, à la Commission chargée d'étudier les mesures à prendre, pour combattre l'alcoolisme, adopté à l'unanimité, dans sa séance du 16 juillet 1895, et présenté en son nom, à M. le ministre de l'Instruction publique. (*Bulletin municipal officiel* du 25 août 1895.)

sont immédiats. Il faudra du temps pour que les notions qu'on va répandre puissent germer dans les esprits; il faudra que les générations qui sont maintenant sur les bancs des écoles soient arrivées à l'âge adulte pour en faire l'application; mais les meilleures mesures ne sont pas les plus brutales, et les sociétés doivent savoir attendre. Elles doivent être patientes, parce qu'elles sont éternelles. Il ne faut pas perdre de vue qu'en France il passe près de six millions d'enfants sur les bancs des écoles (1), et que les premières notions qu'ils y reçoivent se gravent dans leur mémoire d'une manière indélébile. Il est impossible que tôt ou tard ce qu'on leur apprendra sur les terribles effets de l'intoxication alcoolique ne leur revienne pas à l'esprit, et cela sera d'autant plus facile qu'ils auront chaque jour l'occasion de constater, dans leur entourage, l'exactitude de ce qu'on leur a enseigné.

L'exemple de ce qui se passe à l'étranger est du reste de nature à confirmer ces espérances. En Angleterre et en Belgique (2), l'enseignement antialcoolique a eu pour résultat la création de *Sociétés de tempérance spéciales pour les enfants*. A la fin de mars 1892, le Royaume-Uni comptait 17,449 de ces bandes de l'espérance (*the united Kingdom bands of Hope Union*), avec un effectif de 2,112,079 adhérents.

En Belgique, le ministre de l'Instruction publique a encouragé la création de ces Sociétés, par une circulaire adressée aux inspecteurs principaux, le 3 avril 1892 et le 31 décembre 1894; on y comptait 952 Sociétés avec 1,630 membres, dont 13,273 fréquentaient les écoles primaires.

En Suisse, les Sociétés de tempérance ont des sections spéciales pour les enfants, sous le nom de *Sections cadettes de tempérance*. Il existe également en Amérique, des institutions analogues, des ligues particulières, telles que la *Loyal Temperance-Legion*. Plus de 200,000 enfants en font partie. Ils sont embrigadés dans des compagnies qui ont des chefs responsables. On leur donne des leçons, et on leur ménage des divertissements.

— L'enfant a besoin d'appui, même avant sa naissance; il doit être protégé dans la personne de sa mère. Les femmes des esclaves pauvres ont besoin, comme les autres, de repos, de soins et d'un peu de bien-être dans les derniers temps de leurs grossesses. Or, il est impossible qu'elles jouissent de ces avantages si on ne leur offre pas des refuges. Aussi, dans tous les pays civilisés, on s'est efforcé de fonder des asiles où elles puissent accoucher, sans être obligées de se faire connaître. Il existe en France quelques établissements de ce genre, mais dans ces derniers temps on a entrepris de généraliser la mesure. Le Dr Drouineau (1) en a fait la proposition dans les Congrès d'assistance, en 1878 et en 1879; Lunier l'a renouvelée à l'Académie de Médecine, le 2 février 1885; elle a été discutée au Congrès international de la protection de l'enfance, en 1890, formulée à la Chambre des Députés, le 11 novembre de la même année; enfin, en 1892, le ministre de l'Intérieur a pris la question en considération et a soumis au Conseil supérieur de l'Assistance publique un projet de loi qui assimile les femmes enceintes aux malades, et décide qu'il sera créé dans chaque département un service d'assistance maternelle pour celles qui sont dénuées de ressources. Elles seront secourues à domicile ou reçues dans les *maternités hospitalières*, dans les *maternités secrètes* ou dans les *asiles-ouvroirs* fondés à cet effet (2).

Il existe déjà, à Paris, deux établissements de ce genre : le premier, dû à l'initiative de Mme Béquet, est connu sous le nom de *Refuge de l'avenue du Maine* et fonctionne depuis 1892. La Ville a fondé, peu de temps après, l'*Asile Michelet*, rue de Tolbiac.

Presque toutes les femmes reçues au *Refuge de l'avenue du Maine* viennent accoucher dans le service de M. Pinard, à la clinique Baudelocque, et notre collègue a eu l'idée de rechercher quel était le résultat des soins et du repos, trouvés dans les refuges, sur le poids des enfants et sur le moment de leur naissance.

Cette recherche l'a conduit à des résultats très convaincants qu'il a communiqués, le 26 novembre 1895, à l'Académie de Médecine (3).

Il a trouvé, sur cinq cents femmes ayant travaillé jusqu'à leur accouchement, que le poids moyen de l'enfant était de 3,010 grammes, tandis que, sur un même nombre de femmes ayant séjourné au refuge au moins dix jours, le poids moyen était de 3,290 grammes, soit 180 grammes en plus. Les femmes ayant séjourné au dortoir de la clinique Baudelocque ont donné le jour à des enfants d'un poids moyen encore plus élevé : 3,366 grammes (356 grammes en plus).

Quant à l'époque de la naissance, les femmes

(1) Pendant l'année scolaire 1888-1889, il y a eu 5,515,540 enfants dans les écoles primaires et l'enseignement secondaire a été donné à 86,524 élèves.

(2) En Belgique, le ministre de l'Instruction publique, par une circulaire en date du 3 avril 1892, a rendu les conférences sur l'alcoolisme, obligatoires dans l'enseignement primaire, dans les athénées et les écoles moyennes de l'État.

(1) Drouineau : « De l'assistance aux filles-mères et aux enfants abandonnés ». (Paris 1878, p. 91.) — De l'assistance de l'enfant avant sa naissance. (*Congrès international d'assistance*, t. II, p. 142.)

(2) Voir ce projet de loi dans les *Comptes rendus des séances du Conseil supérieur de l'Assistance publique*, session de juin 1892, fascicule n° 59.

(3) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XXXIV, p. 595.

avant reposé, soit au refuge, soit au dortoir, ont en général accouché plus tard que celles qui ont travaillé jusqu'au dernier moment (1).

M. Cadet de Gassicourt avait déjà signalé, dans ses rapports de fin d'année, la vigueur des enfants du Refuge et du dortoir; mais M. Pinard a donné la preuve matérielle d'un fait qui n'était que pressenti, c'est-à-dire l'heureux effet, pour l'enfant à naître, du repos pris par la mère, dans un milieu confortable, pendant les derniers jours de sa grossesse. Il est hors de doute que la généralisation des maternités hospitalières ou secrètes et des asiles-ouvroirs auront pour effet de réduire notablement le nombre des avortements, des enfants mort-nés et des infanticides déguisés.

JULES ROCHARD.

L'APPENDICITE FAMILIALE

A une des dernières séances de la Société de Chirurgie, il a été question de l'*appendicite familiale*, nom bizarre et qui serait à peu près synonyme d'hérédité. Voici les faits : M. Brun a présenté un appendice réséqué chez un malade dont le frère était mort de la même affection, et immédiatement MM. Routier, Jalaguier, Tuffier, Quénu et Berger, de prendre la parole pour citer des cas dans lesquels frère et sœur, parents et enfants, avaient présenté la même maladie.

Cette question n'est pas neuve, et M. Roux (de Lausanne), l'avait déjà soulevée au Congrès de Chirurgie. Il avait même donné des chiffres portant sur trois cents observations qui donnaient 40 % de ces cas, dans lesquels l'hérédité pouvait être mise en cause.

C'est là, comme on le voit, une grosse proportion, et qui ne porte que sur un chiffre trop restreint pour pouvoir en tirer une conclusion ferme.

Cette question n'a pas, du reste, un intérêt pratique de première valeur, si ce n'est qu'elle peut éclairer un peu le diagnostic; mais, au point de vue étiologique, elle a une certaine importance.

Si, comme le fait M. Talamon dans la *Médecine moderne*, on rapproche ce fait de la prédisposition qu'ont certaines races pour présenter des maladies de l'appendice, si on songe qu'il en est d'autres qui en sont absolument exemptes, on arrive à se demander si il n'y a pas là une question de malformation.

On sait, en effet, que l'appendice n'est que le vestige d'un organe très développé, chez les herbivores et les rongeurs, vestige tellement inutile que d'aucuns ont même songé à le supprimer chez l'enfant, comme on coupe les amygdales. Il n'y aurait donc rien d'étonnant, disent les partisans de la malformation héréditaire, à ce que dans une même famille le calibre de l'appendice fût ou rétréci ou dilaté, et susceptible de produire des accidents ou de ne pas en déterminer.

Tout cela est bien; mais à côté de cela ne faut-il pas faire jouer un plus grand rôle à l'élément infectieux? Tout dernièrement, MM. Roger et Josué présentaient à la Société de Biologie des pièces d'appendicite expérimentale. Il leur avait suffi de pratiquer chez le lapin la ligature aseptique de l'appendice pour produire des abcès péri appendiculaires, ou tout au moins un kyste suppuré de l'appendice.

Le rétrécissement de l'abouchement de l'appendice dans l'intestin suffit donc à y déterminer des pullulations microbiennes dues à la stase du contenu intestinal. Ce rétrécissement, à son tour, pourrait bien être causé par un élément inflammatoire, comme nous le voyons pour l'urèthre, pour l'œsophage et même pour l'intestin, et, dans ce cas là, la malformation congénitale n'est plus en cause. Et comment, avec la théorie de l'hérédité et du rétrécissement congénital, expliquer les cas d'obstruction passagère, de coliques appendiculaires à répétition, qui sont plus faciles à comprendre en invoquant la présence si fréquente d'un corps étranger, dû ou non, lui-même, à l'infection?

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Le traitement de la péritonite tuberculeuse est à l'ordre du jour, et on discute même de quelle façon agit aussi efficacement la laparotomie, aussi devons-nous mentionner un travail d'ISRAEL, paru sur ce sujet dans le *Deut. méd. Wochensch.*, 1896, n° 1.

L'auteur analyse quatre cas qu'il a opérés chez des enfants de quatre à sept ans. Trois d'entre eux furent opérés de bonne heure, trois mois et demi au plus après le début des accidents, et toujours on trouva des tubercules miliaires. Le liquide était en petite abondance et même absent, et le traitement ne consista pas à pratiquer la simple laparotomie, mais on injecta 10 à 30 grammes d'huile iodoformée à 10 % dans le péritoine.

De ces trois faits, l'auteur tire les conclusions que voici :

1° La guérison de la péritonite tuberculeuse par l'évacuation du liquide ne tient pas à l'évacuation de l'ascite, puisque sur les trois cas, on trouva une seule fois une quantité de liquide atteignant à peine

(1) Voir, pour les détails des poids et des dates, le numéro de l'*Union médicale*, du 30 novembre 1895.

200 grammes et que, dans les deux autres cas, le péritoine était à sec ;

2° Malgré la présence des ulcérations tuberculeuses, point de départ de la péritonite tuberculeuse, cette dernière peut guérir par la laparotomie;

3° Des tubercules, quelques-uns de dimension d'une cerise, peuvent disparaître trente-six heures après la laparotomie, ainsi qu'Israël l'a constaté dans un cas où il fut obligé d'intervenir deux fois;

4° Contrairement à l'opinion des chirurgiens français, la fièvre, au cours de la péritonite tuberculeuse, n'est pas une contre-indication de la laparotomie.

Quant à la quatrième péritonite traitée par Israël, elle a trait à une jeune tuberculeuse qui fut prise d'accidents d'occlusion intestinale. Le chirurgien fit la laparotomie, et craignant de pratiquer la résection du côlon tuberculeux, pratiqua une iléo-colostomie. La malade guérit fort bien et est aujourd'hui en bonne santé.

— Kizmärsky, de Buda-Pesth, a déjà essayé avec succès, dans deux cas de septicémie puerpérales, les **injections intra-veineuses de bichlorure de mercure dans les veines.**

M. Desguin (d'Anvers) vient de donner quatre nouvelles observations de cette thérapeutique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'ostéomyélite aiguë et pyohémie de la plus haute gravité. Le traitement ne paraît pas avoir eu d'action.

Dans un autre cas de pyohémie due à une phlébite compliquant un phlegmon diffus de l'avant-bras, la guérison a été obtenue et paraît attribuable aux injections. En dehors d'elles et de l'incision des abcès, le malade n'a eu comme traitement que des potions alcoolisées, et cependant il s'agissait d'un vieillard de soixante-dix ans, débile et albuminurique.

Les deux dernières malades présentaient des septicémies puerpérales très graves; toutes deux ont guéri.

Baccelli, qui a préconisé dans le traitement de la syphilis les injections intra-veineuses de bichlorure de mercure, les fait à la dose progressive de 1 à 8 milligrammes. Les malades de Kirmärsky ont reçu : la première, 37 milligrammes en dix injections; la deuxième, 31 en huit séances.

M. Desguin n'a injecté que 7 milligrammes en six séances dans le premier cas; 4 en quatre jours dans le deuxième; 14 en treize et 11 en sept chez les deux dernières malades.

Voici les conclusions lues à la Société de Médecine d'Anvers :

« En attendant le vaccin du streptocoque, le médecin *doit essayer* les injections intra-veineuses de sublimé lorsque, dans un cas de septicémie, il ne parvient pas à obtenir la chute définitive de la température. Ceci, bien entendu, sans préjudice de tous autres moyens généraux propres à aider l'organisme dans sa lutte contre les produits septiques. »

— **L'Achillodynie** est une affection chirurgicale peu connue ou plutôt pas classée en France. C'est Albert, de Vienne, qui s'en est occupé le premier, et à sa suite, Schuller et Rosenthal firent paraître deux travaux sur la question.

Cette affection est caractérisée par une douleur au niveau de l'insertion du tendon d'Achille dès qu'il y a marche ou station prolongée debout. Pendant la situation couchée cette douleur disparaît. A l'examen local, on trouve une tuméfaction, au point même où le tendon s'insère sur le calcanéum. On a discuté pour savoir à quoi était due la douleur. Schuller la plaçait dans la bourse séreuse rétro-tendineuse, et Rosenthal dans la formation de petits névromes.

Rœssler (*Deutsch. Zeischr. f. Ch.*, décembre 1895), a repris la question, et d'après neuf cas qu'il a observés, il se range à l'avis de Schuller et fait de l'achillodynie une lésion, un hygroma de la bourse séreuse rétro-calcanéenne.

Il arrive à ces conclusions, non à la suite de l'anatomie pathologique opératoire, car ces malades guérissent par un traitement médical, mais d'après l'examen histologique de 225 bourses rétro-calcanéennes prises sur des cadavres.

De ces examens, il résulte qu'il est très rare de trouver une bourse séreuse tout à fait normale derrière le tendon d'Achille; mais que, presque toujours un léger épaississement des parois et du côté du calcanéum, une hypertrophie du périoste, lésions qui sont la preuve d'une certaine réaction inflammatoire produite par le frottement, et qui suffisent pour expliquer la douleur.

On peut même, dans certains cas, constater que la bourse séreuse a complètement disparu, que ses parois se sont accolées, ou même trouver un certain degré d'épanchement. Weinlechener, qui a eu l'occasion d'opérer un malade atteint de cette affection, a rencontré les lésions décrites par Rœssler.

L'étiologie de l'achillodynie est variable. Les traumatismes répétés, les maladies infectieuses, l'influenza, la gonorrhée, le rhumatisme, peuvent la provoquer.

Le traitement est antiphlogiste dans les cas aigus, et comprend la compression et le massage dans les cas chroniques. En cas d'échec de la médication palliative, on pourrait ouvrir la bourse et la curetter.

— La castration d'abord et aujourd'hui la **section des canaux déférents** pour guérir **l'hypertrophie prostatique,** ont fait de rapides progrès et la presse médicale retentit des essais faits par les chirurgiens des différents pays dans cette voie.

Dernièrement, à l'Académie de Turin, M. Isnardi a fait part de douze nouveaux cas d'hypertrophie prostatique traités par la section des canaux déférents. De ces douze malades, huit furent radicalement guéris, trois améliorés, un seul demeura dans le même état. Ces guérisons ne concordent pas tout à fait avec les résultats obtenus par Albarran, Guyon, Routier. M. Isnardi attribue ses propres succès à ce qu'il ne se contente pas de la simple ligature du canal déférent, qui n'entraîne pas fatalement son occlusion définitive, mais il le sectionne, lie les deux bouts et pince l'inférieur dans les lèvres de la plaie cutanée : le canal se trouve ainsi emprisonné dans le derme, et sa fermeture est, de la sorte, assurée.

Les effets de cette intervention sont rapides, le lendemain, ou dans la semaine qui suit, le cathétérisme ou la miction spontanée deviennent plus aisés, l'incontinence disparaît, la cystite s'amende : le tout probablement dû, comme on l'a déjà dit, d'abord à une action réflexe décongestionnante, ensuite à une atrophie du système génital tout entier.

— En n'abandonnant pas les voies urinaires, résumons une communication de Charles K. Briddon à la Société de Chirurgie. Il s'agit de trois cas de **rupture intrapéritonéale de la vessie**, consécutive à un violent choc sur la paroi abdominale, chez des individus en état d'ivresse. L'opération fut faite dans les trois cas, huit heures, dix-sept heures et le quatrième jour après l'accident, et la mort survint dans tous les cas.

A ce propos, l'auteur passe en revue les symptômes classiques qui servent à faire le diagnostic et discute, en la blâmant, la question de l'injection de liquide aseptique à cause de son épanchement dans le péritoine.

Examinant ensuite le traitement, Briddon vante la laparotomie médiane sus-pubienne qui permet de donner issue à l'urine épanchée dans le péritoine; il recherche la plaie vésicale, en mettant au besoin le malade dans la position de Trendelenburg, puis, suture de la plaie; lavage du péritoine et drainage. Le malade est alors placé dans la position de la taille et l'on pratique, à travers le périnée, l'ouverture de la vessie : une sonde périnéale est mise et fixée aux parties molles.

C'est ce drainage périnéal que Curtis, dans une discussion qui a suivi, juge inutile, et beaucoup de chirurgiens pensent avec lui que si on veut drainer, il est plus naturel de se servir de l'incision faite à la vessie en avant.

— Terminons en nous étonnant que dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Desprès publie des faits d'infection déterminant la mort, infection consécutive à des abcès du sein traités par le malheureux cataplasme. Nous savons bien que le chirurgien de la Charité attribue la mort à une infection puerpérale tardive, discute même si l'abcès du sein a été la cause de la maladie. On pourrait répondre trop facilement à sa dernière phrase que nous transcrivons :

« Voilà donc, en somme, un fait précis, net, qui concorde peu avec les théories modernes, dont le plus grand inconvénient est de négliger les enseignements de la clinique et de tout rapporter à la contagion. »

MÉDECINE

Contribution à l'histologie pathologique de la rage, par Germano et Capobianco. (*Annales de l'Institut Pasteur*, août 1895.)

Parmi les nombreux travaux publiés sur l'histopathologie du système nerveux dans la rage, un des plus importants est le travail de Golgé, qui a trouvé, dans cette maladie, des altérations cellulaires du nucleus, du protoplasma et des prolongements, des altérations des vaisseaux et des ganglions intervertébraux. D'après Golgé, il existe, dans la rage, une encéphalo-myélite parenchymateuse diffuse, moins caractéristique par ses éléments que par leur succession et leur enchaînement mutuel.

Germano et Capobianco ont repris cette étude des lésions nerveuses de la rage en énumérant le système nerveux d'un certain nombre d'animaux morts de la rage des rues ou morts après inoculation rabique.

Ils ont trouvé des altérations anatomiques constantes dans la moelle épinière de lapins et de chiens rabiques. Ces lésions de la moelle présentent les caractères de l'inflammation aiguë. Les cellules nerveuses sont dégénérées et finissent même par disparaître. En même temps que les éléments nobles disparaissent, la névroglie devient hypertrophique et hyperplasique.

* * *

Lombricose à forme typhoïde, par Chauffard. (*Semaine médicale*, nov. 1895.)

Chauffard relate, dans la *Semaine médicale*, l'histoire d'un malade entré à l'hôpital Cochin avec la plupart des signes de la dothiénentérie (céphalée diffuse, insomnie, gargouillement iléo-cæcal, tuméfaction de la rate, épistaxis, etc.). L'état de la langue, la température peu élevée, ne dépassant pas 38°,5, la constipation, l'absence de taches rosées lenticulaires, n'étaient cependant pas en rapport avec l'idée d'une fièvre typhoïde. Sous l'influence d'un traitement par le semen-contra, à la dose de 1 gramme par jour, et le calomel, à la dose de 50 à 60 centigrammes, les symptômes disparurent après l'expulsion de trente-neuf lombrics.

Chauffard voit dans ce fait un exemple de lombricose typhoïde et rapproche cette observation des observations d'affections putrido-vermineuses, étudiées au siècle dernier par Lepecq de la Clatine. Pour le diagnostic de faits semblables, il insiste, avec juste raison, sur l'absence des symptômes énumérés plus haut et aussi sur l'aspect spécial du facies, qui était grippé, les yeux cernés, presque péritonitique. L'absence de symptômes nerveux réflexes est remarquable dans ces états typhoïdes dus à l'helminthiose.

Pour expliquer l'état typhoïde, Chauffard est d'avis que l'intestin rempli de lombrics est en imminence de fermentations virulentes et toxiques, soit que les excreta des lombrics interviennent dans le processus, soit que la présence de ces vers exalte la virulence du coli-bacille.

BULLETIN

La question des étrangers *dans l'exercice de la profession médicale en France était dans l'air depuis bien des années. Elle est aujourd'hui toute d'actualité; la presse médicale et la presse politique s'en occupent, c'est-à-dire que l'état de choses actuel ne satisfait pas les praticiens de nos pays, et il faut avouer qu'ils n'ont pas tout à fait tort.*

Il est, en effet, extraordinaire de voir donner aux étrangers dans notre bon pays de France des avantages que le Français ne peut trouver ailleurs, et d'en être arrivé à ce point que l'envahissement de la profession médicale par des médecins non naturalisés menace les intérêts de nos docteurs.

De nombreux moyens ont été proposés pour arrêter ce nouveau genre d'invasion; et on lira plus loin la motion faite par l'Association générale des Étudiants. Tout d'abord, on s'est adressé à la pratique la plus simple, qui consiste à exiger de tout étranger ce qu'on demande du Français pour faire ses études médicales, c'est-à-dire les deux baccalauréats. Certes, cette proposition est équitable; mais il ne faut pas se dissimuler les difficultés, peut-être insurmontables, que trouverait l'étranger pour passer par le laminoir du bachot; aussi préférions-nous qu'au Ministère de l'Instruction publique on fût moins indulgent, et qu'on ne délivrât pas avec une facilité difficile à qualifier, non seulement l'équivalence, mais surtout la dispense. Il suffira de citer un chiffre pour comprendre la facilité avec laquelle on vous autorise à faire vos études médicales. Dans l'exercice 1894-1895, sur 163 étudiants étrangers présents à la Faculté de Paris, 132 ont été dispensés.

Mais le véritable moyen, croyons-nous, serait de n'ouvrir les portes des Facultés de médecine qu'aux étrangers pouvant justifier de lettres de naturalisation obtenues trois années avant la délivrance du diplôme.

Le seul fait d'être astreint au service militaire suffirait pour élaguer beaucoup de jeunes gens qui, à l'heure actuelle, commencent leurs études sans savoir s'ils se fixeront en France, et qui ne prendraient peut-être pas ce parti s'ils partageaient les ennuis auxquels est soumis tout citoyen français.

Voilà pour le doctorat en médecine et pour l'exercice de la profession médicale; mais en ce qui touche les concours des hôpitaux, de ceux de Paris, par exemple, n'y aurait-il pas aussi un moyen, tout en donnant satisfaction à l'étranger, de ne pas léser les intérêts du candidat français? et, sur ce point, nous visons particulièrement le concours de l'internat.

Pourquoi ne pas adopter à l'Assistance publique ce qui a cours dans les écoles du Gouvernement, comme celles de Saint-Cyr et de l'Ecole navale? Les étrangers y sont admis, mais en dehors de la promotion. Il serait bien facile d'agir de même pour l'internat. Chaque année, en plus du nombre d'internes nécessaire pour assurer le service, on fixerait un chiffre d'internes à titre étranger. Les candidats pour ces places subiraient les mêmes examens que les candidats français et pourraient choisir le chef dont ils désireraient suivre l'enseignement. Ils seraient là en supplément, comme l'interne qui a obtenu la médaille d'or.

Il n'y aurait même pas de difficultés dans les épreuves du concours : on n'aurait qu'à faire passer les candidats étrangers en même temps que les militaires.

LA QUESTION DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Les étudiants en médecine, membres de l'Association générale des étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes, qu'ils nous ont prié d'insérer :

« Les étudiants étrangers, avant de prendre leur première inscription, devront présenter un certificat d'études supérieures, obtenu après examen, devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française.

« Au moment de s'inscrire à la Préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer :

« 1° Les pièces établissant leur qualité de français ;

« 2° Le diplôme français de docteur en médecine ;

« 3° Tous les diplômes exigés des étudiants français, au moment de la prise de leur première inscription.

« Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

« Sur la question de l'entrée des étrangers dans les Facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles était une garantie insuffisante d'études supérieures, et que, d'autre part, il

serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

« Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français. Ils devront, au moment de s'établir, avoir obtenu la naturalisation, qu'il est impossible de leur imposer au moment où commencent leurs études, étant donné les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889 sur la naturalisation. (La naturalisation peut être accordée : 1° après trois années de domicile autorisé...; 2° aux étrangers qui justifient qui résident en France depuis dix années sans interruption.)

« Nous avons réservé la question des concours, qui relèvent uniquement de l'Assistance publique de Paris, des municipalités ou d'administrations diverses.

« Nous espérons, monsieur le directeur, que vous voudrez bien accorder à notre lettre l'hospitalité de votre journal, et nous vous prions d'agréer l'expression de nos respects.

« *Les Membres de la section de Médecine de l'Association générale des Étudiants de Paris.* »

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la phtisie et des affections pulmonaires,
Par le Dr E. LASNIÉR.

Les notions nouvelles sur la bactériologie des affections pulmonaires et de la phtisie, en particulier, ont été très profitables à la thérapeutique de ces affections, moins peut-être parce qu'avec leur aide on a pu préciser la nature du mal, que parce qu'elles ont confirmé les idées théoriques que la clinique avait fait pressentir. Grâce à leur lumière, les affections des bronches et des poumons, et surtout la phtisie pulmonaire, qui représente bien le type des maladies infectieuses à marche plus ou moins chronique, ont été attaquées, sinon avec de nouvelles armes, du moins avec des agents rajeunis, perfectionnés et mieux appropriés. Quelle que soit la valeur séméiologique que l'on attache ici au microbe, il est bien certain qu'il faut tenir compte de deux facteurs, le microbe et le terrain. Le traitement actif, médicamenteux, s'attaque particulièrement au premier; les corroborants, la suralimentation par la poudre de viande et le traitement hygiénique ont pour fonction de fortifier le terrain et de le rendre inaccessible au parasite.

Avant d'avoir compris ces notions, la thérapeutique avait déjà, en quelque sorte instinctivement, divisé ses moyens. Si quelques médecins, accordant une valeur presque exclusive au traitement hygiénique, avaient fait peu de cas de la plupart des médicaments inscrits sur nos formulaires, il faut reconnaître, cependant, qu'un seul d'entre eux avait surnagé, la créosote. Il avait bien fallu que cet agent possédât des propriétés curatives manifestes pour avoir trouvé grâce aux yeux des plus sceptiques.

Depuis les dernières découvertes, le traitement créosoté n'a fait que prendre de la faveur. On a compris qu'il y avait beaucoup à attendre de l action antiseptique de certains agents introduits dans l'organisme. Dans ces tentatives innombrables, c'est encore la créosote qui l'a emporté.

Faire pénétrer la créosote dans l'organisme, l'en saturer, pour ainsi dire, tel a été le but des efforts de la thérapeutique en ces derniers temps. Toutes les voies ont été mises à contribution : la voie gastro-intestinale, la voie pulmonaire, la voie sous-cutanée. Nous n'avons pas l'intention de discuter ici les indications qui doivent guider le praticien à choisir l'une ou l'autre de ces voies. Nous ferons seulement remarquer que la voie gastro-intestinale est celle qui sera toujours le plus souvent employée et qui rendra, en somme, la plus de services, comme étant la mieux acceptée.

Tous les malades supportent facilement la créosote pure et bien préparée. Le principal est de n'employer qu'un produit très pur et débarrassé de tous principes irritants.

Sous son influence, les malades voient leur appétit s'accroitre; les digestions sont plus faciles et se font sans développement de gaz, ce qui peut s'expliquer par les propriétés antiputrides et antifermentescibles de cette substance. Les quintes de toux diminuent, surtout la nuit; l'expectoration est plus facile moins abondante; parfois elle change de caractère, de purulente elle devient muqueuse, prend une odeur aromatique, surtout après l'usage des hautes doses. L'odeur de l'haleine montre que la créosote s'élimine par les poumons et peut agir directement sur la muqueuse lésée ou sur les surfaces pour modifier ou tarir les sécrétions. D'un autre côté, la fièvre hectique diminue ou cesse par un mécanisme indirect, par suite de la diminution des sécrétions et de l'amélioration des surfaces malades. Le pouls et la respiration diminuent de fréquence, les sueurs persistent rarement.

En général, on observe à la fois une amélioration de l'état local et des phénomènes subjectifs. Les bruits pulmonaires anormaux diminuent, le poids du corps augmente. L'examen des crachats et la recherche des bacilles confirment l'amélioration des symptômes.

Depuis longtemps déjà, M. Trouette-Perret a eu l'heureuse idée d'associer la créosote au baume de Tolu et au goudron, non seulement mélangés, mais émulsionnés entre eux, ce qui en double pour ainsi dire l'action, tout en supprimant toute intolérance et toute action irritante. La pureté des produits composants est rigoureuse et absolue.

Le mélange est mis dans de petites capsules appelées Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : chaque capsule contient 5 centigrammes de créosote pure de hêtre, et 5 centigrammes de baume de Tolu émulsionnés dans 7 centigrammes et demi de goudron de Norvége; c'est le meilleur mode d'administration de la créosote, le plus rationnel d'ailleurs et le mieux toléré. Deux ou trois de ces Gouttes Livoniennes, prises à chaque repas, suffisent d'ordinaire pour produire les meilleurs résultats : on augmente ou diminue cette dose, suivant l'état du malade et l'effet à obtenir.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1896

A mesure que l'armement des armées se modifie et se transforme, les chirurgiens militaires, avec une louable constance, demandent à l'expérimentation cadavérique de les renseigner sur les traumatismes que peuvent provoquer, à toutes les distances, les nouveaux projectiles; ils ne négligent pas, d'autre part, les renseignements que de malheureux hasards viennent parfois leur fournir.

C'est ainsi que M. DELORME, professeur au Val-de-Grâce, qui a été appelé à donner ses soins aux blessés de Four

mies, a pu étudier les effets des balles Lebel tirées à une distance inférieure à 100 mètres.

Voici les conclusions de l'intéressant travail de M. Delorme :

« La gravité immédiate des blessures produites par les balles du fusil de 8 millimètres ou ses analogues, à courte distance, est sévère, puisqu'elles entraînèrent 8 morts sur 42 traumatisés.

« Cette gravité est surtout liée à l'atteinte des organes centraux.

« Les blessures des membres, malgré leur étendue, malgré leur degré d'attrition, laissent les plus grandes chances de succès au traitement purement conservateur, que la lésion porte sur une diaphyse ou sur une grande articulation.

« S'il est indiscutable qu'un traitement antiseptique rigoureux et rapidement utilisé assure à un blessé atteint d'une plaie pénétrante articulaire un processus de guérison plus sûr et plus exempt de dangers qu'un traitement plus tardif, les résultats obtenus chez ces blessés semblent indiquer qu'il faut se garder de trop désespérer, comme on le fait, de l'avenir d'un homme chez lequel ces conditions n'ont pu être obtenues.

« L'observation de ces traumatisés a pleinement confirmé les résultats de maintes de recherches antérieures. Elle a démontré :

« 1° Que l'ébranlement, la commotion, sont faibles avec les balles actuelles, alors même que des os ont été atteints près de la racine des membres ;

« 2° Que l'hémorragie primitive est également faible ;

« 3 Que les orifices d'entrée et de sortie, à courte distance, ont des dimensions diamétrales supérieures à celles de la balle, et que les dimensions s'agrandissent encore après la chute de l'eschare ;

« 4° Que le diamètre de l'orifice de sortie, déjà un peu supérieur à l'orifice d'entrée dans les simples sétons, est augmenté quand une diaphyse a été atteinte ;

« 5° Qu'à courte distance, la balle entraîne dans son trajet un semis de parcelles vestimentaires que la suppuration élimine et qui colorent le pus ;

« 6° Qu'au contact de corps résistants, dans ce tir à courte portée, les balles cuirassées se fragmentent avec la plus grande facilité, et qu'il y a lieu de compter alors avec les fragments du lingot de plomb et de l'enveloppe ;

« 7° Que la distinction des fractures des diaphyses en trois groupes répond bien à la réalité des faits (*fractures par contact, fractures par perforation, fractures par gouttière*) ; qu'elles peuvent être reconnues aisément et par des signes précis : la douleur le long des fissures, l'agrandissement de l'orifice cutané et vestimentaire, la crépitation localisée au foyer des esquilles libres, qui répond à l'orifice de sortie osseux, etc., et qu'il est également facile de reconnaître les fragmentations cunéennes des épiphyses. »

En terminant, M. Delorme exprime l'espoir qu'on pourra obtenir de bons résultats chirurgicaux sur des hommes frappés aux distances communes du tir de guerre, si leur état de santé est satisfaisant ; les succès qu'il a obtenus sur 34 blessés autorisent cet espoir.

— M. Laborde a fait une étude fort intéressante des *propriétés immunisantes du curare contre l'intoxication par la strychnine.*

Si après avoir injecté à une grenouille une dose non mortelle de curare, on lui injecte ensuite une dose mortelle de strychnine, elle résiste à ce dernier poison, tandis que les grenouilles non préalablement curarisées meurent infailliblement. Si à une grenouille tétanisée on injecte du curare, elle guérit de son tétanos strychnique. Ces expériences peuvent être répétées chez le chien. C'est donc là un fait d'immunisation préventive par une toxine végétale.

— La discussion sur *l'origine hospitalière de la tuberculose* est reprise aujourd'hui par MM. Terrier, François-Franck et Debove, qui se déclarent partisans de l'isolement des phtisiques.

M. Terrier croit que la tuberculose est essentiellement contagieuse au même titre que la variole, que la rougeole, que la diphtérie. Cette déclaration, M. Terrier la fait comme médecin, comme chirurgien, comme vétérinaire.

On ne peut pas donner des preuves mathématiques de la contagion hospitalière, mais celle-ci s'affirme cependant de la façon la plus saisissante par la mortalité véritablement effrayante du personnel des surveillantes, des infirmières, des filles de salle.

« A l'hôpital Bichat, dit M. Terrier, le seul dont je veuille parler, le nombre des décès par tuberculose survenus dans cette catégorie de personnes, pendant ces dernières années, a été si grand que je mets au défi M. le directeur de l'Assistance publique d'en produire le chiffre. »

On sait aussi que le personnel médical paie un fort tribut à la contagion.

L'Administration a été bien des fois avertie de ces dangers, mais elle n'a rien fait pour les éviter. La désinfection par les étuves est si imparfaite qu'elle laisse vivants les insectes (poux, punaises. etc.) dans les matelas ; les crachoirs sont si mal disposés que les malades n'y crachent jamais dedans ; la désinfection des salles est inconnue. A Bichat, les salles de médecine n'ont jamais été désinfectées depuis 1883 ; elles suent la tuberculose.

Les logements des employés qui ont succombé à la maladie ne sont non plus jamais désinfectés. L'Administration a refusé formellement à une surveillante, dont le mari venait de mourir tuberculeux, la désinfection de son logement.

M. Terrier signale encore l'encombrement considérable des salles de malades et le surmenage du personnel médical et du personnel hospitalier. L'administration, par son incurie, semble vouloir favoriser la dissémination de la tuberculose.

M. François-Franck appuie l'opinion énergiquement émise par M. Terrier ; il ne laisse plus entrer dans son laboratoire de produits tuberculeux desséchés, depuis que l'on a constaté des cas de mort dus aux manipulations de ces produits à l'état sec.

M. Debove, enfin, vient comme M. Terrier faire une profession de foi. La contagion de la tuberculose est indéniable. Dans la pratique de la ville, on désinfecte soigneusement les appartements qui ont été habités par des phtisiques ; on interdit la cohabitation avec les tuberculeux ; or, que fait-on à l'hôpital ? Dans l'armée, on réforme les tuberculeux dès que la maladie est reconnue, afin de protéger les autres soldats ; dans les étables, on isole les animaux malades.

Ce que M. Debove demande, c'est donc l'isolement des phtisiques. Il n'est pas besoin de demander à l'Administration de ne plus faire balayer les salles, pour éviter les poussières ; car les mesures de propreté sont déjà assez restreintes. L'isolement est la seule mesure efficace.

— M. Vincent, médecin-major, dans un travail présenté par M. Chauvel, présente à l'Académie les résultats de ses recherches bactériologiques sur *le microbe de la pourriture d'hôpital.* M. Vincent a observé cette antique complication des plaies sur des convoyeurs Kabyles ren-

trant de Madagascar. Le microbe qu'il décrit est un bacille long, ne prenant pas le gramm, non cultivable sur les milieux connus. Il est constant dans la pulpe pseudo-membraneuse qui recouvre les plaies atteintes de la pourriture d'hôpital.

ÉLECTIONS A DEUX PLACES DE CORRESPONDANTS NATIONAUX (1re DIVISION)

Première élection.

Ont obtenu :

MM. Fiessinger (d'Oyonnax)	41 voix.	ÉLU.
Soulier (Lyon)	10	—
Glénard (Lyon)	6	—
Renou (Saumur)	3	—
Massé (Toulouse)	2	—
Debierre (Lille)	1	—

Deuxième élection.

Premier tour de scrutin.

Ont obtenu :

MM. Glénard (Lyon)	28 voix.
Soulier (Lyon)	25 —
Massé (Toulouse)	3 —
Renou (Saumur)	3 —

Deuxième tour.

Ont obtenu :

MM. Soulier (Lyon)	32 voix.	ÉLU.
Glénard (Lyon)	25	—

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Empis sur les titres des candidats aux deux places vacantes d'associé national, dans la premiere division.

Voici l'ordre de classement :

1re ligne : M. Renaut (Lyon).
2e — M. Lépine (Lyon).
3e — M. Grasset (Montpellier).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance a été, en grande partie, employée à la suite de la discussion sur la *grossesse extra-utérine*, et on peut dire que le sujet n'est pas épuisé.

C'est M. Tuffier qui, fort de trente-cinq cas de grossesses extra-utérines ou d'hématoceles, monte le premier à la tribune. Comme M. Segond, il estime qu'il faut faire deux classes de ces affections : celles n'étant pas arrivées au terme de cinq mois et celles l'ayant dépassé.

M. Tuffier ne parlera pas des premieres qui, pour lui, rentrent dans ce qu'on pourrait appeler la variété obstétricale. Dans les secondes, il distinguera surtout les complications pour lesquelles le chirurgien est appelé et qui se manifestent de trois façons différentes : sous forme de rupture avec inondation péritonéale, sous forme d'hématocele et enfin sous forme d'hématocele suppurée.

Quatre fois il s'est trouvé en présence d'une inondation péritonéale et trois fois il est intervenu. Il faut le dire, les manifestations symptomatiques sont celles de la péritonite aigue, à laquelle viennent s'ajouter les accidents d'une hémorragie interne. Les trois interventions ont eu lieu le deuxième jour dans deux cas; le troisième, dans l'autre, après le début des accidents; et une seule fois le diagnostic a été fait. Deux fois M. Tuffier a trouvé la source de l'hémorragie dans la trompe et a pu lier et extirper celle-ci; une fois il a dû se contenter d'un simple tamponnement.

Le quatrième cas s'est terminé par un abces qui s'est ouvert dans le rectum.

Dans ces cas, il n'y a pas le moindre doute à avoir, c'est l'abstention ou la laparotomie; mais cette dernière est toujours grave, car le sang est répandu dans tout le péritoine et la grande séreuse presque impossible à nettoyer.

Quant aux hématocèles, il faut aussi différencier les simples de celles qui arrivent à la suppuration.

Pour M. Tuffier, dans les hématocèles vulgaires, l'élytrotomie postérieure est l'intervention de choix.

Quatorze fois il a eu à pratiquer l'incision du cul-de-sac postérieur et onze fois il a sauvé sa malade. Sur ces onze succès, pas une malade ne lui est revenue, ce qui permet de croire qu'elles n'ont pas eu le moindre accident ultérieur.

Cette élytrotomie peut être primitive, c'est-à-dire être faite immédiatement après le début des accidents, ou secondaire, c'est-à-dire pratiquée plus tardivement

Dans les cas de suppuration, l'élytrotomie postérieure s'impose aussi, et on pourrait discuter l'hystérectomie vaginale, mais M. Tuffier ne l'a pas pratiquée.

M. Reynier reprend la parole dans cette discussion, pour se défendre. Il n'a jamais dit que le diagnostic était toujours impossible, et il le croit facile quand la grossesse extra-utérine n'est pas rompue et qu'elle se présente comme une tumeur unilatérale.

Mais quand il existe des signes de grossesse, jusqu'au cinquième mois on ne peut dire s'il y a ou non fœtus et placenta; quand il y a hématocèle, on ne peut savoir si elle est oui ou non habitée, pour employer l'expression de M. Routier.

L'orateur ne reviendra pas sur l'inondation péritonéale, tout le monde est d'accord; c'est à la laparotomie qu'il faut s'adresser.

Dans l'hématocèle enkystée, il ne rejette pas complétement l'élytrotomie postérieure, mais veut faire remarquer qu'on peut blesser le placenta et avoir des hémorragies contre lesquelles on n'est pas armé, ou même voir se manifester des suppurations qui peuvent être mortelles.

Il ne faut donc pas faire de l'incision vaginale postérieure la méthode de choix, comme le veulent MM. Bouilly et Segond, mais savoir que la laparotomie est la seule voie qui permette de tarir la source de l'hémorragie, d'enlever tous les caillots et de faire une toilette complete de la poche enkystée.

M. Ricard n'abordera que deux points : 1° les cas qu'il appelle à froid; 2° les cas où il y a des accidents. Pour les premiers, il a employé la laparotomie et l'incision du cul-de-sac postérieur, et croit que ces deux méthodes sont indiquées : la première, quand le diagnostic est complexe réservé, que les symptômes ne sont pas bien nets; la seconde, quand on a affaire à une petite tumeur bien limitée, bombant dans le cul-de sac postérieur.

Quand il y a des accidents causés par la rupture de la grossesse, il faut faire la laparotomie; il a été élevé dans la doctrine de l'expectation, elle lui a réussi une fois; mais la perte d'une malade l'a éclairé, et aujourd'hui il ouvre l'abdomen dès que les accidents se manifestent.

M. Bouilly a dit que ces cas n'étaient pas fréquents; c'est une erreur, on ne les publie pas; mais il a cependant pu en réunir une centaine d'exemples, soit dans la presse, soit auprès de ses collègues qui font le service de garde dans les hôpitaux. Dernierement encore, pour sa part, il a été appelé pres d'une malade que M. Reclus n'avait pas opéré le matin; il fit la laparotomie dans la journée, blessa même la vessie, mais put évacuer le sang qui remplissait le ventre, placer une ligature sur le pédicule qui saignait par un point, et guérir sa malade qui était mourante quand il est intervenu.

L'avis émis par M. Ricard pour les cas d'inondation péritonéale, est appuyé par M. TERRIER, et l'indication est formelle ; il faut aller voir d'où vient le sang et l'arrêter.

Pour les hématocèles enkystées, c'est toujours la même question qui se pose ; les uns ont de la tendance à ouvrir la cavité péritonéale, d'autres ne veulent pas l'ouvrir. Lui, ne craint pas le péritoine et, la veille encore, pratiquait une laparotomie pour une hématocele.

Il est partisan de la laparotomie pour bien des raisons : d'abord parce que contrairement à Bouilly, il pense que chez les femmes qui présentent cet accident il y a toujours un passé génital et ensuite parce que l'incision vaginale ne le satisfait pas.

A la suite de cette dernière, il y a des adhérences qui se forment, les ovaires, l'utérus se tassent, sont enserrés par la cicatrisation et une nouvelle fécondation est presque impossible.

Il n'en est pas de même avec la laparotomie, qui permet de voir ce qu'on fait, d'enlever les annexes lésées, d'extirper tous les caillots et qui remet, en somme, les malades dans les conditions d'une femme opérée d'un kyste de l'ovaire.

M. Terrier réserve l'élytrotomie aux seuls cas d'hématocele suppurée, dans lesquels il est alors dangereux d'aller par le ventre.

— La séance se termine par une communication de M. CHAPUT, sur un *nouveau procédé d'amputation de cuisse*. Il trouve son emploi dans les amputations sous-trochantériennes et se pratique de la façon suivante :

On fait d'abord une ostéotomie sous-trochantérienne, puis on pratique une circulaire de la cuisse à son extrémité inférieure, sur laquelle on fait tomber l'incision de l'ostéotomie ; on n'a qu'à désosser le fémur, et l'amputation se trouve rapidement terminée sans qu'on ait à craindre l'hémorragie, quelquefois considérable dans les exérès à ce niveau.

M. BERGER croit que le procédé de M Chaput est tout à fait exceptionnel Il lui est arrivé, pour éviter l'hémorragie, de couper l'os au niveau de la section des parties molles pour pouvoir faire une rapide hémostase et de recouper le fémur au bon niveau ; mais avec une bonne compression faite au pli de l'aine, le procédé classique n'est pas dangereux.

M. POIRIER trouve que le procédé de M. Chaput est un peu compliqué ; il n'a jamais eu à se plaindre de la méthode classique, tandis qu'il reproche au procédé de M. Chaput l'excédent de parties molles.

M. RICARD rappelle la pratique de son maitre, Verneuil, tres parcimonieux du sang de ses opérés, et qui a souvent pratiqué l'ostéotomie avant la taille du lambeau postérieur, dans les amputations de cuisse.

M. CHAPUT répond que, certainement, son procédé est un procédé d'exception ; mais qu'il a le grand avantage de ménager le sang de l'opéré. Quant aux parties molles, elles se sont rétractées et le malade porte facilement un appareil prothétique.

— Dans le cours de la séance, M. GALEZOWSKI a lu un travail sur le *pansement occlusif aseptique* dans l'opération de la cataracte. EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 31 JANVIER 1896

Au début de la séance, M. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux, présente l'observation d'une malade, âgée de trente-quatre ans, chez laquelle on vit se développer, à la suite d'une longue période de douleurs gastriques et de vomissements liés à un ulcère de l'estomac, une tumeur au niveau de la région ombilicale ; cette tumeur acquit le volume d'un œuf de poule. Elle était mobile, douloureuse à la pression ; l'estomac, très dilaté, descendait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La malade vomissant tous les aliments et s'affaiblissant de plus en plus, M. Chaput se décida à intervenir chirurgicalement. Le 28 août dernier, il fit la laparotomie médiane, ce qui lui permit de constater que la région pylorique était le siège d'une énorme tumeur, du volume du poing environ, et ayant tous les caractères extérieurs d'un carcinome. Il exécuta alors la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de la suture à trois étages. Pour éviter l'effusion des liquides stomacaux dans le ventre, il fit la suspension de l'estomac avec des fils passés à travers ses parois. Il lia ensuite le bout supérieur de l'intestin à la gaze iodoformée et pratiqua, au-dessous de cette ligature, une entéro-anastomose pour rétablir le cours de la bile. Il sutura enfin l'orifice mésocolique à l'estomac, pour éviter la hernie des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons

La malade guérit rapidement Depuis l'opération elle n'a plus vomit. La tumeur persiste avec le même volume, mais indolente ; l'estomac est encore dilaté ; les aliments solides sont parfaitement digérés.

Etant donné l'âge de la malade et la longue survie après l'opération, il semble qu'on puisse éliminer à peu près le diagnostic du cancer de l'estomac.

M. Chaput présente ensuite des pièces anatomiques provenant d'un malade de M. Mathieu, qu'il a opéré récemment pour un *rétrécissement musculaire du pylore*. On peut voir que l'estomac est petit, très épais, que l'anneau pylorique est très hypertrophié ; enfin, que la muqueuse est indemne. M. Chaput a employé ici le bouton qu'il a imaginé. On constate que les sutures sont parfaites. Le malade, tres affaibli, a succombé au shock opératoire.

— MM. ROGER et JOSUÉ communiquent ensuite les résultats d'intéressantes recherches qu'ils ont entreprises pour élucider la *pathogénie des appendicites*. Ils ont, chez des lapins, lié l'appendice après avoir injecté dans sa cavité quelques gouttes d'une culture virulente de bactérium coli ; dans ces conditions, les animaux succombent en une quinzaine de jours, et l'autopsie révèle une appendicite suppurée avec péri-appendicite.

Pour produire l'appendicite, il suffit même de lier simplement l'appendice sans injecter de microbes. Sur un animal sacrifié trois mois apres l'opération, et dont MM. Roger et Josué présentent les pièces, on peut voir que la partie de l'appendice qui a été isolée par la ligature est transformée en une poche kystique, ne communiquant plus avec le reste de l'intestin et renfermant un pus épais contenant le bacterium coli à l'état pur ; ce microbe devient donc virulent quand la stase se produit dans l'appendice ; malgré l'absence de troubles vasculaires (les vaisseaux ont été respectés par la ligature), une inflammation suppurative se développe ; au niveau du point ligaturé, une occlusion se produit, qui persiste malgré la résorption du catgut, c'est-à-dire malgré la disparition de l'obstacle. Le foyer purulent, qui est latent pendant des mois et n'a provoqué aucune réaction péritonéale, ne constitue pas moins un danger permanent ; sa rupture, pouvant survenir à la moindre cause, eût provoqué une péritonite suraiguë, puisque l'accès ne s'était pas circonscrit par des fausses membranes, et qu'il renfermait encore des microbes vivants.

MM. Roger et Josué concluent donc que l'obstruction aseptique et passagère de l'appendice suffit pour amener une inflammation suppurative, en transformant un microbe inoffensif de l'intestin en un agent pathogène.

Ces faits expérimentaux peuvent être rapprochés, ainsi que le fait remarquer M. Rendu, de certains faits cliniques. A l'autopsie d'un tuberculeux, il a récemment trouvé l'appendice transformé en une cavité close remplie de pus. Les recherches de MM. Roger et Josué éclairent donc très heureusement la pathogénie de certaines variétés d'appendicite.

— La question des accidents imputables au sérum antidiphtérique n'est pas encore tranchée. Après la communication que M. Moizard fit au mois de juillet dernier sur un cas de mort à la suite d'une injection de sérum, plusieurs auteurs ne voulurent voir là qu'un grave accident dû à une infection secondaire; on incriminait volontiers le streptocoque. M. Sevestre vient faire aujourd'hui une longue communication sur les *accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux*. Voici les principales conclusions de ce travail :

« 1° Le sérum de Roux peut déterminer, dans quelques cas, une éruption d'urticaire, qui mérite le nom d'*éruption précoce*, en raison de l'époque à laquelle elle survient ;

« 2° Dans des cas plus rares encore, l'injection peut être suivie d'accidents plus ou moins graves, caractérisés en particulier par une éruption polymorphe, des artropathes, un état général souvent très inquiétant. Les *accidents tardifs* surviennent en général vers le treizième jour, quelquefois un ou deux jours plus tôt ou plus tard ; ils durent trois, quatre ou cinq jours, et se terminent ordinairement par la guérison ;

« 3° Ces accidents ne se voient jamais dans les cas de diphtérie pure ; ils ne surviennent que dans les cas de diphtérie associée : ils sont en rapport avec l'infection par le streptocoque, et sont d'ailleurs analogues à ceux qui peuvent être observés dans la streptococcie, indépendamment des injections de sérum de Roux ;

« 4° Bien que l'infection par le streptocoque soit la cause essentielle de ces accidents, il semble bien que le sérum de Roux en favorise le développement, à titre de cause occasionnelle et par un mécanisme encore mal déterminé, mais non pas, comme on aurait pu le penser, en exaltant la virulence du streptocoque. »

M. Sevestre résume, en terminant, les indications de l'emploi du sérum de Roux. L'injection est de règle dans les cas de diphtérie pure ; le sérum ne détermine alors jamais d'accidents sérieux ; il faut aussi la pratiquer dans les cas de diphtérie associée au streptocoque, et ne pas se laisser arrêter par la crainte des accidents. Le sérum est contre-indiqué quand il n'y a pas de bacille de Lœffler, mais l'hésitation est permise dans les cas où l'examen bactériologique révèle l'existence en abondance du streptocoque associé au bacille court (qui n'est pas toujours en rapport avec une diphtérie vraie) Si l'examen bactériologique n'a pas encore été fait, il faut attendre le résultat de cet examen, tout en surveillant attentivement le malade, dans les cas d'angine légère, au début. S'il s'agit d'un cas grave ou de croup, il faut faire immédiatement l'injection de sérum, sans attendre le résultat des cultures et sans se laisser arrêter par la crainte d'accidents possibles.

M. Chantemesse vient ensuite préconiser l'emploi du sérum en lavements ; l'absorption est rapide et sûre ; on évite ainsi les abcès, qui suivent quelquefois les injections sous-cutanées, et, enfin, on peut administrer de plus fortes doses de sérum thérapeutique.

La discussion sur les accidents imputables au sérum commence alors, tout d'abord par un fait rapporté par M. Netter, et dans lequel une fillette, atteinte de *pleurésie purulente à pneumocoque*, et à qui on fit une injection de sérum antipneumococcique, présenta, douze jours après cette injection, des douleurs abdominales violentes, une fièvre vive, puis d'une éruption scarlatiniforme. Tous les sérums sont donc susceptibles de provoquer des accidents.

M. Le Gendre ne peut se rallier à la théorie de M. Sevestre, sur la pathogénie des accidents dus au sérum. Il suffit d'un seul cas pour ruiner cette théorie. Or, le fait que vient de rapporter M. Netter ne démontre-t-il pas, jusqu'à l'évidence, que le streptocoque ne joue aucun rôle dans la production de ces accidents? M. Le Gendre a, d'ailleurs, observé récemment un autre fait, tout aussi caractéristique à ce point de vue, et tout aussi démonstratif. Une fillette de six ans fut atteinte, au cours d'une affection amygdalienne, d'une angine extrêmement légère; c'était un exsudat insignifiant, un voile opalescent et très peu étendu. sur l'amygdale déjà malade. L'examen bactériologique démontra cependant qu'il y avait des bacilles de Lœffler, du type court, associé au staphylocoque. L'examen fut pratiqué à six reprises différentes, au cours de la maladie, par M. Pochon, d'une part; et deux fois par M Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon. Ces examens furent parfaitement concordants, et l'on trouva toujours du bacille diphtérique et du staphylocoque. Au dernier examen, toutefois, on constata la présence d'un streptocoque, mais ce micro organisme était dépourvu de toute virulence, et on ne peut lui attribuer aucun rôle dans la genèse des accidents qui se produisirent, comme on va le voir, chez cette fillette, après l'injection de sérum, puisque pendant la période antérieure à l'apparition de ces accidents les examens réitérés n'avaient pas révélé sa présence.

Après constatation de l'existence du bacille de Lœffler chez la petite malade de M. Le Gendre, on décida de pratiquer une injection de sérum antidiphtérique, bien que l'angine fût extrêmement bénigne, et que la santé générale de l'enfant ne fût en aucune façon altérée. Onze jours après l'injection (15 centimètres cubes), apparurent de la fièvre, une éruption polymorphe, des arthralgies multiples, et enfin une albuminurie assez considérable (3 grammes d'albumine par litre). L'enfant, jusque-là bien portante, se trouvait donc dans un état extrêmement grave. M. Le Gendre fit alors appeler M. Sevestre, mais les accidents commencèrent à ce moment à diminuer d'intensité.

Il faut ajouter que le sérum employé provenait de l'Institut Pasteur, qu'il était parfaitement limpide et qu'il avait été injecté avec des précautions antiseptiques minutieuses. En outre, on doit remarquer que la violence des accidents n'a pas été proportionnelle à la quantité assez faible de sérum injecté.

Ce fait n'est pas isolé, et l'on pourrait en rapporter un grand nombre d'autres analogues. On doit donc se demander si en présence d'un de ces exemples de diphtérie qu'on peut appeler latente, le médecin a le devoir de pratiquer des injections de sérum, et s'il est nécessaire d'exposer ainsi des enfants a des accidents de la gravité de ceux qui sont survenus chez la petite malade de M. Le Gendre. La question a été déjà posée par M. Gaucher; M. Le Gendre la soumet de nouveau à l'appréciation de la Société.

M. Gaucher cite alors le fait d'un enfant atteint d'angine diphtérique bénigne, qu'il traitait par des badigeonnages phéniqués. L'angine était déjà en voie de disparition quand la famille demanda que l'on fît une injection de sérum.

L'injection fut pratiquée, depuis ce moment, — il y a plus de deux mois, — l'enfant a présenté une série interrompue d'abcès.

M. CHANTEMESSE critique le fait rapporté par M. Le Gendre; il objecte que les accidents présentés par la fillette et entre autres la néphrite aiguë étaient peut-être dus au staphylocoque. Il ne croit pas non plus que le sérum puisse déterminer une série d'abcès. M. SEVESTRE a cependant observé des abcès pendant une période dans son service; mais cela était dû évidemment à une infection accidentelle du sérum.

M. GAUCHER propose alors à la Société de décider qu'elle enverra à tous les médecins de France une circulaire les priant de signaler tous les accidents qu'ils ont pu observer à la suite de l'emploi du sérum antidiphterique. Cette proposition est renvoyée à une commission.

— A la fin de cette longue et intéressante séance, M. RIST présente une malade atteinte de *râle trachéal* depuis treize mois. Ce phénomène doit être rapporté à l'hystérie.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

MM. GAUCHER et BARBE ont communiqué un cas d'éruption pemphygoïde du cuir chevelu. La malade, âgée de soixante deux ans, a présenté toute sa vie des symptômes hystériformes. Elle a souffert d'une névralgie faciale double, très rebelle, qui a peut-être un lien avec son affection cutanée. Il y a deux ans, après une opération faite pour une carie des os de l'avant-bras droit, survint une éruption de bulles sur la région frontale, le vertex, derrière les oreilles et autour de l'ombilic. Ces bulles se desséchérent, furent remplacées par des croûtes, et la chute de ces dernières laissa des cicatrices visibles, surtout au front. Sur le cuir chevelu est une large plaque dénuée de cheveux, de teinte érythémateuse et présentant quelques télangiectasies.

— M. GAUCHER a montré un malade syphilitique atteint d'ulcères annamites récidivants; tous les traitements ont échoué, sauf les pulvérisations d'eau bouillie et les pansements faits avec le même topique. Au début de la lésion, il a produit des nodosités inflammatoires ressemblant à des gourmes ou à des furoncles, et qui, lorsqu'elles sont ouvertes, laissent échapper un bourbillon. L'ulcération augmente d'étendue, elle a des bords calleux, un fond irrégulier, suppurant; souvent elle est envahissante, ses bords se décollent et il se forme des clapiers. Tout traitement actif échoue et le traitement antisyphilitique a de mauvais résultats. Il est probable que l'on a affaire à une affection innoffensive; mais les infections secondaires rendent les recherches difficiles.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Gaucher, M. TENNESON a recommandé de reprendre le traitement antisyphilitique et de condamner le malade au repos absolu, qui peut seul assurer le succes.

— M. HALLOPEAU a donné lecture d'une nouvelle note sur une forme non directe de tuberculose cutanée suppurative et pemphygoïde. Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Cette forme de tuberculose a une marche essentiellement aiguë; elle progresse constamment, par la formation de nouvelles pustulettes; les placards ainsi formés peuvent atteindre en quelques semaines des dimensions considérables; ils se multiplient rapidement. L'évolution rétrograde de ces lésions n'est pas moins rapide que leur développement; en même temps que de nouveaux placards se développent, d'autres s'affaissent et se décolorent; on peut voir dans un même placard des lésions en rétrocession et des lésions en activité progressive; ces dernieres se présentent sous la forme d'un bourrelet périphérique parsemé de pustulettes; comme dans le mycosis, ce bourrelet s'affaisse dans sa partie interne, en même temps qu'il progresse excentriquement. Cette marche rapide appartient à d'autres manifestations de la tuberculose : telles sont la tuberculose pustuleuse décrite par Gaucher, et le lichen scrofulosorum.

— M. HALLOPEAU a aussi étudié un nouveau cas de lichen plan atrophique. Les conclusions de ce travail sont formulées ainsi qu'il suit :

Le lichen atrophique a pour principal siége d'élection les faces palmaires des avant-bras dans leur partie la plus déclive; il peut coïncider avec des lésions caractéristiques de la muqueuse buccale. Ce fait prouve qu'il est bien de même nature que le lichen plan vulgaire; la qualification de ruber ne saurait plus entrer dans la définition de cette dermatose, puisque dans cette forme les lésions sont d'emblée décolorées; le lichen plan atrophique peut offrir des caractères cliniques très semblables à ceux de la morphée; il s'en distingue par la présence de nombreux grains comédonniens ou de dépressions les représentant, par les vestiges de papules brillantes et polygos; les lésions initiales du lichen plan occupent le plus souvent les orifices glandulaires, il faut de nouveau y chercher le parasite.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers : MM. les médecins-majors de 1re classe Fabre et Dantin.

Chevalier : M. le médecin-major de 2e classe Lacaze.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers d'Académie :* MM. les Drs Aribaud (de Condrieu), et Joseph Nicolas (de Lyon). M. Ryckelynck, officier de santé, délégué cantonal a Rosendaël.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Bauby est institué chef des travaux de médecine opératoire.

Nécrologie. — MM. les Drs Colin (de Châlons-sur-Marne), et V.-M. Teinturier, médecin de 2e classe en retraite, décédé à Nancy.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Des plaies de poitrine par petits projectiles.

Leçon clinique du professeur DUPLAY (6 décembre 1895), recueillie par le Dr Clado.

Messieurs, je profiterai de la présence dans nos salles d'un jeune homme de vingt et un ans, qui vient de tenter de se suicider en se tirant un coup de revolver dans le côté, pour vous entretenir d'une question de pratique courante : le diagnostic et le traitement de plaies pénétrantes de poitrine par balles de petit calibre. Voici en quelques mots, l'histoire de ce malade. Le 24 novembre, à sept heures du soir, à la suite d'une discussion avec ses parents, il résolut de mettre fin à ses jours, et pour arriver à ce but, il se coucha sur son lit et appliqua le canon de son revolver sur le côté droit de la poitrine; l'arme tenue de la main droite, étant par conséquent dirigée d'avant en arrière, de haut en bas et un peu de dedans en dehors au moment où le coup partit. Suivant l'assertion du malade, le calibre du revolver était de 9 millimètres.

Le malade n'a pas perdu connaissance, ce qui est assez rare. Il n'a pas ressenti non plus de douleur vive. Mais nous devons enregistrer deux symptômes qu'il a présentés, tous deux ayant une grande valeur diagnostique. Presque immédiatement après le coup, il a éprouvé une sensation d'étouffement, accompagnée de difficulté de la respiration, et une heure après il crachait du sang rouge, par une sorte d'expuition sans toux véritable.

Vers neuf heures du soir, c'est-à-dire environ deux heures après l'accident, on amène le blessé à l'hôpital, et l'interne de garde procède immédiatement à l'occlusion de la plaie avec le collodion iodoformé et la baudruche. Je ne saurais trop louer cette conduite, car en pratiquant l'occlusion immédiate de la plaie, on a mis le malade à l'abri d'une infection possible. Au moment de son entrée dans nos salles, l'intensité de la dyspnée, la douleur généralisée dans toute la poitrine, empêchent le malade de faire le moindre mouvement. L'hémoptysie est plus abondante que le matin, et la nuit, très agitée, se passe sans sommeil.

Le lendemain matin (25 novembre), au moment de la visite, je procède à un examen qui me permet de poser un diagnostic précis et de rassembler les éléments du pronostic. Au niveau du troisième espace intercostal droit, à 3 ou 4 centimètres en dehors du bord du sternum, on voit l'orifice de pénétration de la balle. C'est une petite plaie arrondie, à bords noirâtres, brûlés par la poudre, mais pour ainsi dire accolés et sans tendance à l'écartement. Autour de

FEUILLETON

Encore des Réformes.

Nous voici de nouveau menacés de grandes et graves réformes. Très indirectement menacés, sans doute, puisqu'elles ne visent, en apparence, que l'enseignement secondaire ; mais toute transformation de celui-ci doit nécessairement avoir une sérieuse répercussion sur l'enseignement supérieur. Or, ces deux enseignements sont plus étroitement liés qu'on ne pourrait le croire. Si différents que soient leurs objets, leurs méthodes et leurs buts, le premier d'entre eux n'est qu'un acheminement vers l'autre, une préparation dont l'importance est telle, que le second vaut en raison directe de la qualité du premier.

Les études dites classiques sont accusées parfois de ne rien laisser après elles dans l'esprit des jeunes gens. De tous les travaux que représente un séjour de près de dix années sur les bancs d'un lycée, il ne reste, dit-on, aucune trace utile ; autant en emporte le vent. Cela c'est un lieu commun de facile développement, un de ces clichés qui sont une rare aubaine pour les discoureurs pris de court, une formule toute faite et commode qui remplace les bonnes raisons absentes. Des hommes de haute valeur ont bien souvent pris la peine de la réfuter sérieusement, ce qui était lui faire trop d'honneur. Mais on peut faire mieux : l'accepter telle qu'elle est; l'admettre pour vérité démontrée; convenir que le très vieux système encore en vigueur pour l'instruction et l'éducation de nos enfants, ne laisse dans leurs cerveaux aucun vestige utile, n'y dépose aucun germe susceptible de croître, et affirmer, malgré cela, que le système est bon et qu'il y a danger à le renverser.

Que penserait-on de l'agriculteur qui viendrait soutenir cette thèse que l'ensemencement des terres est la seule chose utile parmi les travaux des champs, puisque seule elle conduit directement à la production, et que les labours profonds, les socs lentement promenés à travers les sillons par les bœufs tranquilles, l'engrais coûteusement mêlé à la terre, sont de vaines et insipides besognes, puisque

la plaie, la peau est intacte. La lésion locale paraît donc extrêmement minime. En explorant toute la circonférence du thorax et naturellement les régions opposées à celle où siège la plaie d'entrée du projectile, je n'ai constaté aucun orifice de sortie. La palpation, faite sur les mêmes points, ne m'a pas permis de découvrir le projectile sous la peau ou dans l'épaisseur des muscles, comme cela arrive souvent. Il n'existe pas non plus trace d'emphysème sous-cutané.

Le malade se plaint toujours de souffrir dans les moindres mouvements et surtout dans les mouvements de la respiration.

La voix n'est pas altérée, ni haletante; mais il éprouve une assez forte dyspnée qui ne va pourtant pas jusqu'à l'orthopnée.

L'hémoptysie continue, mais un peu modifiée dans ses caractères. Ce sont des crachats noirâtres, hémoptoïques, comme formés de caillots mélangés à du mucus.

L'exploration du thorax chez cet homme, chargé d'embonpoint, n'est pas commode. Il ne semble pas cependant que le côté droit de la poitrine soit plus dilaté que le côté opposé. A la percussion, on trouve de la submatité du haut en bas dans tout le côté droit. L'auscultation, enfin, révèle des signes indiquant la présence dans la cavité pleurale d'un épanchement d'air et de liquide. Dans les deux tiers supérieurs, en effet, on entend du souffle amphorique, et la vibration de la voix se transmet avec le même timbre amphorique. Dans le tiers inférieur, au contraire, il y a silence complet. Les vibrations thoraciques sont diminuées dans tout le côté droit. J'ajoute, pour terminer l'exposé de cet examen, que le malade est apyrétique.

Dans les conditions où nous nous trouvons, en présence de ce malade, le diagnostic comprend trois points importants. La plaie est-elle pénétrante? Si oui, quels sont les désordres intra-thoraciques provoqués par le projectile? Où se trouve logée la balle?

La constatation d'une plaie de sortie sur un point opposé au point d'entrée de la balle est un signe à peu près certain de pénétration; je dis à peu près certain, car on a vu certains cas exceptionnels dans lesquels la balle se réfléchit sur un cartilage costal ou sur une côte et, après avoir contourné le thorax, sans y pénétrer, vient perforer la peau en arrière, ou reste incluse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais, sauf cette restriction, on peut dire que l'existence d'un orifice de sortie de la balle implique presque forcément que le projectile a traversé la poitrine. Votre premier soin sera donc de rechercher s'il y a une plaie de sortie, et dans le cas où celle-ci n'existe pas, d'explorer la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les masses musculaires, dans le but de déceler la présence du projectile en un point diamétralement opposé à l'orifice d'entrée. Chez notre malade, l'examen le plus minutieux ne révèle aucune plaie, aucune douleur, aucune saillie, aucune induration pouvant faire soupçonner la présence de la balle. Si donc celle-ci a pénétré dans la poitrine, elle y est restée incluse.

En second lieu, vous devrez porter toute votre attention sur la plaie d'entrée, dont l'examen pourra, dans certains cas vous fournir des signes importants en faveur de la pénétration ou de la non pénétration du projectile. A moins de conditions particulières que je préciserai dans un instant, sous aucun prétexte vous ne devez introduire dans le trajet des stylets ou sondes cannelées, fussent-ils absolument aseptiques. En effet, dans les plaies étroites pro-

---

ni labours ni engrais ne sauraient, sans la graine, faire lever un épi? Les semailles sans culture, ne serait-ce point le rêve d'un fou?

Notre enseignement classique, c'est justement cette préparation du sol, sans laquelle les meilleures semences resteraient stériles, et il faut l'estimer surtout pour ceci, qu'il n'a aucune prétention à produire quoi que ce soit, aucune visée d'utilitarisme immédiat, aucune autre ambition que d'être cette culture indispensable aux futures moissons. Il ameublit l'intelligence comme la bêche et la charrue ameublissent le sol, il la dispose, il la façonne pour le solide et fructueux travail auquel elle va se livrer ensuite.

Mais si toutes les carrières liées à l'enseignement supérieur ont un vif intérêt au respect des études classiques, personne n'a plus de raisons que nous pour se préoccuper des transformations qu'on se propose de lui faire subir.

M. Brunetière constate, avec une nuance d'amertume dans son affirmation, qu'en France on semble considérer les études médicales comme constituant presque tout l'enseignement supérieur, au point que les changements qu'on médite d'y apporter sont en quelque sorte appropriés aux seuls besoins de ces études. C'est nous flatter beaucoup, encore que cette flatterie revête dans son expression, une forme quelque peu dédaigneuse. Mais il est hors de doute, en effet, à quelque point de vue qu'on se place, que les sciences médicales, par le but même où elles tendent, par les services qu'elles rendent, par l'étendue des connaissances qu'elles embrassent, et par le nombre de ceux qui s'y adonnent, surpassent de beaucoup toutes les autres branches de l'enseignement. Les étudiants en médecine sont plus nombreux que tous les autres réunis, et les médecins forment, à eux seuls, la grosse majorité dans l'ensemble des professions libérales. Chacun sait qu'une récente réforme a eu surtout pour but de sauver de la mort par inanition un certain nombre de facultés des sciences de province.

Nous serions donc les premiers atteints, et les plus atteints, si les projets dont on voudrait presser la réalisation, diminuaient la valeur de cette culture préalable dont l'importance ne saurait se nier.

Peut-être n'a-t-on pas oublié la belle discussion qui

duites soit par des projectiles de petit calibre, comme chez notre malade, soit par des coups de fleuret, d'épée ou de stylet, les lèvres de la plaie ont une tendance à se refermer immédiatement après l'action traumatique, circonstance heureuse qui met le thorax à l'abri de toute pénétration d'air ou de produits septiques dans sa cavité. Procéder, en vue du diagnostic, à une réonverture du trajet, et exposer ainsi le malade à la pénétration de germes infectieux, serait donc commettre une faute grave. Ce n'est pas tout, on risque encore, en explorant le trajet, de déterminer l'ouverture de quelque vaisseau dont les parois lésées par le projectile n'offrent plus une résistance suffisante à l'instrument explorateur.

Il n'y aurait d'exception à la règle que je viens d'établir, que si la plaie présentait un saignement abondant et surtout s'il y avait une véritable hémorragie, ou encore si vous avez lieu de croire que cette plaie n'est pas parfaitement aseptique, qu'elle contient par exemple des fragments de vêtement entraînés par le projectile, ou bien qu'elle a été souillée postérieurement à l'accident.

Dans ces conditions, après avoir agrandi la plaie, vous recherchez le vaisseau lésé pour faire l'hémostase, ou vous procédez à l'évacuation des produits septiques ou à la désinfection complète de la plaie. Profitant de cette intervention, qui, en somme, vise le pansement de la plaie, vous pourrez, si les circonstances s'y prêtent, pousser votre exploration plus avant, mais toujours avec les plus grands ménagements. Je m'empresse d'ajouter que l'hémorragie est extrêmement rare dans les plaies par balle de petit calibre, et que la septicité de la plaie s'y trouve exceptionnellement réalisée. En tous cas, chez notre malade, il n'y a aucune indication à l'exploration.

Deux autres symptômes pourront, dans les plaies de poitrine, révéler la pénétration; tous deux se rattachent à l'acte physiologique de la respiration. Je veux parler de l'emphysème local, au niveau de la plaie, et la traumatopnée de Fraser.

La *traumatopnée*, ou *respiration au niveau du trauma*, consiste en l'entrée et la sortie de l'air par l'orifice de la plaie, au moment de l'inspiration et de l'expiration. La traumatopnée implique toujours l'envahissement par l'air de la cavité pleurale, c'est-à-dire la formation préalable d'un pneumo-thorax. Le pneumo-thorax une fois établi, à chaque mouvement d'expansion ou de resserrement du thorax, l'air extérieur est aspiré puis expulsé à travers la plaie. Il est facile de comprendre que ce symptôme ne peut exister que lorsque celle-ci est suffisamment large.

Au contraire, si la plaie est petite, si son trajet est plus ou moins oblique, à plus forte raison si ses bords se sont presque immédiatement accolés, la traumatopnée ne peut plus se produire, mais l'air contenu dans la cavité pleurale et dont la tension augmente à chaque mouvement d'expiration, ne trouvant pas d'issue au dehors, à travers la plaie, s'insinue et s'infiltre dans le tissu cellulaire, au niveau de celle-ci, et donne lieu à l'*emphysème*, lequel peut rester limité aux régions voisines ou envahir la presque totalité du corps.

J'ai déjà dit que la traumatopnée ne se rencontrait que dans les plaies larges, et j'ai cru devoir mentionner incidemment ce symptôme qui manque dans le cas de plaie étroite et qui, en effet, ne s'observe pas chez notre malade.

L'emphysème pariétal manque également chez lui, ce qui tient, sans doute, à la même cause, c'est-à-dire à l'étroitesse de la plaie et à l'accolement presque immédiat de ses bords.

---

s'éleva, il y a moins de deux, ans au Sénat, entre M. Spuller, ministre de l'Instruction publique, à cette époque, et M. Combes, le titulaire actuel de ce même ministère. Il s'agissait de savoir si le baccalauréat, dit moderne, serait assimilé au vieux baccalauréat classique, et obtiendrait de lui être équivalent au point de vue de l'accès des écoles et facultés de médecine. Les arguments qui donnèrent la victoire à M. Spuller n'ont rien perdu de la force qu'ils eurent ce jour-là; et aujourd'hui, comme alors, les considérations d'un ordre singulièrement élevé que développa le ministre, entraineraient de nouveau la conviction et le vote de l'Assemblée. L'enseignement moderne, créé pour répondre à des aspirations et à des besoins déterminés, ne saurait se substituer sans inconvénients à un mode d'instruction qui a fait ses preuves séculaires, et dont on pourrait même dire que les prétendues améliorations dont on l'a harcelé depuis vingt ans, l'ont plutôt affaibli que troublé.

Or, n'est on pas fondé à craindre que la suppression pure et simple du baccalauréat, par quelque succédané qu'on s'ingénue à le remplacer, n'ait d'autre mobile, avoué ou non, et d'autre résultat que d'amener cette assimilation des deux catégories d'enseignement secondaire à laquelle le pays a jusqu'à présent refusé de souscrire.

Je ne veux point discuter ici les motifs d'ordre exclusivement technique qui militent en faveur du maintien d'un examen, lequel, après tout, suivant une très juste expression de M. Brunetière, ne donne que le droit d'en passer d'autres. Les raisons qu'on fait valoir contre lui sont peu sérieuses, et les défectuosités qu'on lui reconnait sont de celles qu'il est aisé de faire disparaître. Mais cela n'est pas de notre compétence. Ceux qui ont le temps et le goût de s'intéresser à ces questions trouveront un véritable attrait à lire le nerveux article que M. Brunetière a écrit sur ce sujet dans la *Revue de Deux-Mondes*.

Ce qui nous importe, à nous, c'est qu'on n'abaisse pas le niveau intellectuel exigé maintenant de nos étudiants. Si nous avons à nous plaindre de la pénurie des sujets, nous pourrions, bien qu'à regret, accepter qu'on ouvre plus largement les portes de nos écoles. Mais c'est le contraire qui est vrai.

Il y a pléthore. Il y a trop d'élèves pour les maitres,

En résumé, Messieurs, dans les plaies de poitrine de petites dimensions, et surtout dans celles produites par projectile de petit calibre, l'examen direct de la plaie ne fournit généralement aucun signe de pénétration. Mais heureusement l'exploration stéthoscopique permettra le plus souvent de poser avec certitude le diagnostic de plaie pénétrante.

Si, en effet, presque immédiatement après le traumatisme on constate la présence d'un épanchement d'air ou de liquide dans la cavité pleurale, on peut affirmer qu'il y a pénétration. On a vu que, chez notre malade, l'examen du thorax nous avait révélé, dès les premières heures, l'existence d'un souffle amphorique à la partie supérieure. Partout où ce souffle est perçu, la voix est également amphorique. A la partie inférieure, au contraire, on trouve, avec de la matité, un silence respiratoire complet ; sur toute la hauteur les vibrations thoraciques font défaut. On s'étonnera peut-être que la percussion ne donne pas une sonorité exagérée sur les points où l'on entend le souffle aphorique, et qu'elle fournisse, au contraire, de la submatité. Ce phénomène doit être attribué sans doute à ce que la cavité pleurale est surdistendue par l'air.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que ces signes stéthoscopiques (souffle et voix amphorique à la partie supérieure du thorax, submatité et absence de bruit respiratoire à la partie inférieure), sont pathognomoniques de l'hydro-pneumo-thorax et indiquent, d'une part, la présence de l'air dans la partie supérieure de la cavité, et d'un liquide dans les parties les plus déclives.

* * *

D'où provient cet air? Quelle est la nature de ce liquide, et quelle est sa source?

Pour répondre à ces questions, je vous rappellerai brièvement ce qui se passe au moment où une plaie pénétrante de poitrine se produit.

Pour peu que cette plaie soit suffisamment large, le premier effet de l'ouverture de la cavité pleurale, c'est l'entrée de l'air au moment de l'inspiration, par suite de la tendance au vide intra-thoracique qui se produit alors. L'entrée de l'air dans la plèvre égalisant la pression à l'intérieur et à l'extérieur du poumon, cet organe obéit à son élasticité propre, et se rétracte plus ou moins complètement, suivant qu'il est plus ou moins libre d'adhérences. La cavité pleurale se remplit donc d'air aspiré par la plevre, et, si celle-ci est assez large, on constate l'entrée et la sortie de l'air à chaque mouvement respiratoire (traumatopnée).

Telle est l'origine du pneumo-thorax dans le cas de plaie large.

Mais dans le cas de plaie très étroite, comme chez notre malade, le pneumo-thorax ne peut avoir cette source. L'air ne peut donc provenir que d'une blessure du poumon, c'est-à-dire de l'ouverture d'une bronchiole par l'agent vulnérant.

D'ailleurs, cette nouvelle source de pneumo-thorax vient souvent s'ajouter à celle que nous avons déjà mentionnée dans les cas de plaies larges ; car il est tout à fait exceptionnel que l'agent vulnérant qui a traversé toute l'épaisseur de la paroi thoracique et ouvert la plèvre, n'intéresse pas plus ou moins profondément le poumon, qui est immédiatement appliqué contre cette paroi. Aussi peut on dire que, dans l'immense majorité des cas, toute plaie pénétrante de poitrine se complique de plaie du poumon.

En résumé, dans les plaies étroites par petits projectiles, l'existence d'un pneumo-thorax indique la pénétration, et par suite de l'origine connue du pneumo-thorax dans de telles conditions, entraîne

---

trop de travailleurs pour les laboratoires, et presque trop de médecins pour les malades. Il y en a tant que la lutte pour la vie a pris chez nous des caracteres de férocité. Les allures professionnelles ont changé, et, chaque jour, on se plaint des atteintes qu'une formidable concurrence porte à l'ancienne dignité, à la solidarité d'intérêts qui avaient fait notre force, à la cordialité, à la franchise des rapports, à la sincere confraternité qui nous rendaient inattaquables. Que serait-ce dans dix ans si les vues dont M. Combes poursuit le succès avec une ténacité tout ecclésiastique, recevaient une sanction définitive?

De la faiblesse où cet état de choses nous réduit vis-à-vis de certains administrateurs, nos ennemis nés, je citais récemment quelques preuves pénibles. En voici une autre (chaque jour apporte la sienne) que j'emprunte à la Chronique professionnelle de la *Gazette hebdomadaire* :

A Verdes, petite commune du Loir-et-Cher, un médecin distingué, licencié ès-sciences physiques, le Dr Berthelot, exerce la médecine dans les conditions les plus honorables et les plus satisfaisantes. La consideration de ses confrères, le dévouement de ses clients, lui font une situation privilégiée. Depuis dix ans, il est dans ce pays le médecin des enfants assistés, et s'acquitte de cette mission avec le plus grand dévouement. La seule plainte portée contre lui, c'est, de l'aveu du prefet du département, « qu'il faisait trop bien son service en se montrant sévere vis-à-vis des nourrices qui s'acquittaient mal du leur ».

Un jour, le Conseil municipal refuse de régler la note des honoraires officiels dus au Dr Berthelot. Celui-ci assigne le Conseil devant les juges et obtient gain de cause.

Dès lors commence contre lui une odieuse campagne menée par les conseillers municipaux. On barbouille de cirage sa plaque et ses volets ; on placarde contre lui des affiches injurieuses ; un boulanger, un tonnelier, un ancien concierge, chefs du mouvement, s'efforcent de détourner de lui ses clients ; le Conseil vote contre lui une délibération calomnieuse qui doit avoir pour résultat de le faire révoquer de ses fonctions de médecin des indigents et d'inspecteur des enfants en bas âge.

Le préfet refuse d'abord d'obtempérer à l'injuste sommation des édiles de Verdes. Mais ceux ci démissionnent,

comme conséquence le diagnostic de plaie du poumon.

Mais un nouveau signe viendra le plus souvent ajouter à la certitude de ce diagnostic. Ce signe, c'est l'hémoptysie, qui peut être abondante, moyenne ou très faible. Dans les plaies par armes à feu et surtout par petits projectiles, l'hémoptysie est ordinairement peu abondante et de courte durée, pour les mêmes raisons que dans les plaies du même genre en d'autres régions de l'économie. Mais pour courte qu'elle ait été, cette hémoptysie ne nous fournit pas moins la preuve certaine de la pénétration de la balle qui, ayant blessé le poumon, a provoqué le pneumo-thorax d'origine bronchique.

Voyons maintenant quelle est la nature et quelle est la provenance du liquide dont la présence dans la partie inférieure de la cavité pleurale nous a été révélée chez notre malade par la percussion et l'auscultation.

Relativement à la nature, si vous vous rappelez que douze heures à peine après l'accident les signes sthétoscopiques annonçant la présence d'un épanchement à la base du thorax étaient déjà manifestes, si vous rapprochez de cette rapidité dans la production de l'épanchement cette autre considération, que le malade est tout à fait apyrétique, vous êtes aussitôt amené à conclure que le liquide épanché dans la plèvre ne peut être que du sang, car lorsque l'épanchement pleural, qui vient souvent compliquer plus ou moins rapidement les plaies pénétrantes de la poitrine, est constitué par un liquide séro-fibrineux, il ne suit jamais d'aussi près le moment de la blessure et il se manifeste graduellement. Enfin il s'accompagne toujours d'un certain degré d'élévation thermique. Donc, chez notre malade, le pneumo-thorax est compliqué d'hémo-thorax.

Quant à la provenance du sang qui a formé cet hémo-thorax, on pourrait incriminer les vaisseaux de la paroi. Mais cette origine de l'hémo-thorax, assez commune dans les cas de plaie large et surtout dans les plaies par instruments tranchants, ne saurait être soupçonnée dans le cas de notre malade et ne doit d'ailleurs presque jamais être incriminée dans les cas de plaies pénétrantes par petits projectiles, qui, généralement, ne donnent lieu qu'à un très faible écoulement du sang.

Par conséquent, la source de l'hémo-thorax doit être cherchée du côté du poumon, dont la blessure nous est déjà démontrée par l'hémoptysie et le pneumo-thorax.

En effet, on s'explique aisément comment le projectile, en même temps qu'il ouvrait une ou plusieurs bronchioles, a dû léser les vaisseaux qui accompagnent celles-ci. Le sang provenant de cette lésion vasculaire s'est écoulé immédiatement dans la plèvre, de même que l'air provenant de l'ouverture des bronchioles.

En résumé, chez notre malade, le diagnostic est bien établi : plaie pénétrante de poitrine avec blessure du poumon, et comme conséquence, hémoptysie et epanchement sanguin et aérien dans la plèvre. J'ajoute, puisque l'orifice de sortie fait défaut, que la balle se trouve logée dans le poumon ou dans la cavité pleurale, sans qu'on puisse en reconnaître le siège avec exactitude.

***

Mais il importe que vous sachiez, Messieurs, que chez certains blessés atteints de plaies pénétrantes, les signes qui nous ont permis cette précision du diagnostic pourraient faire défaut.

En pareil cas, il est probable que vous auriez à utiliser un symptôme que je me suis borné à men-

---

se font réélire et lancent contre le préfet quelques sénateurs et députés du département. Sous cette formidable et dangereuse pression, le préfet faiblit et, la mort dans l'âme, révoque un honnête homme auquel il n'a rien à reprocher, puisqu'il se croit obligé de lui exprimer par lettre la peine qu'il éprouve à prendre une telle mesure et les vifs remerciements qu'il lui doit de tout le dévouement qu'il a apporté dans son service.

Quel thème à réflexions philosophiques que cette situation d'un représentant du gouvernement républicain, contraint à l'injustice par les représentants d'un pays républicain, et qui sait bien qu'il n'a, en l'occurrence, aucun recours à espérer près de son chef hiérarchique, le ministre de l'Intérieur ! Mais passons.

Non seulement le ministre s'excuse, près de sa victime, du coup dont il la frappe. Il sent si bien l'odieux de ce coup qu'il retient son effort en le portant, et qu'il répond à M. le sénateur Dufay, qui le sollicitait de revenir sur sa décision : « Le Conseil municipal m'avait demandé de retirer au Dr Berthelot, qui s'en acquittait parfaitement, le service dont il était chargé. J'ai refusé. Le Conseil a donné sa démission. Il a été réélu. J'ai dû céder pour faire cesser cet état de choses qui rendait l'administration impossible, d'autant plus que *tous* les représentants du département, excepté vous, appuyaient les exigences du Conseil. Cependant je n'ai cédé qu'à moitié, puisque j'ai partagé le service alors qu'on voulait le retirer tout entier à M. Berthelot. »

C'est ici que nous rentrons dans notre sujet. Car ce partage avait été rendu possible par l'acquiescement d'un jeune médecin sans clientèle que le Conseil avait été chercher, pour l'installer en face de son confrère, et détourner vers le nouveau venu la clientèle de l'autre, l'enrichir de ses dépouilles opimes et de la manne officielle supprimée à celui-ci.

Ce nouveau médecin fut honoré (?), dès son arrivée, du titre de *médecin de la vengeance* (*sic*). Supprimez ce complice, et la vengeance devenait impossible, comme elle l'eût été, sans une pareille complicité, à Montreuil et ailleurs.

Les associations et les syndicats devraient-ils, comme le propose M. Lereboullet, s'entendre pour frapper d'exclu-

tionner précédemment, parce qu'il manque chez notre malade, mais qui parfois, avec quelques crachats légèrement teintés de sang, représentant la symptomatologie d'une plaie pénétrante du poumon.

Ce signe qui, d'ailleurs accompagne souvent ceux dont il a été parlé précédemment, est l'emphysème apparaissant au pourtour de la plaie, et en filtrant graduellement la paroi thoracique pour s'étendre plus ou moins loin et envahir parfois la presque totalité du corps.

J'ai déjà indiqué son mode de production dans le cas de pneumo-thorax; mais il se produit aussi par un autre mécanisme, et en l'absence de tout pneumo-thorax, circonstance que je vise plus particulièrement en ce moment. Lorsqu'il existe des adhérences du poumon au niveau du point où a lieu la pénétration, on comprend que le poumon ne peut pas se rétracter; l'agent vulnérant, après avoir traversé la paroi du thorax, pénètre directement dans le parenchyme pulmonaire en lésant bronches et vaisseaux. Outre l'écoulement sanguin qui se produit par la plaie, l'air contenu dans les bronchioles ouvertes s'infiltre dans l'épaisseur du tissu et gagne de proche en proche la paroi thoracique, ainsi que je l'ai dit précédemment.

Mais, il est encore une autre forme toute spéciale de pneumo-thorax qui, bien que rare dans la plaie par petits projectiles, est pathognomoniques d'une plaie du poumon. Je veux parler de l'emphysème apparaissant à la base du cou.

Il se montre dans les cas où, à la suite d'une plaie du poumon, l'air s'infiltrant dans le parenchyme de l'organe, gagne le hile, puis en suivant les vaisseaux, le tissu cellulaire du médiastin, et enfin vient faire son apparition à la base du cou, pour de là se répandre plus ou moins loin.

Enfin, en l'absence de tout signe actuel, les phénomènes ultérieurs d'un traumatisme pleuro-pulmonaire permettront encore parfois d'établir le diagnostic. Il peut, en effet, se développer, du fait de la présence de la balle, soit des lésions en foyer du côté du poumon, soit une inflammation pleurale. Vous attendrez donc l'éclosion de phénomènes généraux ou locaux avant d'affirmer la pénétration du projectile. Mais, si les lésions inflammatoires pleuropulmonaires faisaient défaut, le diagnostic de pénétration ne pourrait être alors que soupçonné.

Je tiens, Messieurs, à résumer brièvement les signes propres aux plaies pénétrantes du poumon.

Du côté de la plaie, si celle-ci est large : issue de sang et d'air. Traumatopnée (exceptionnelle dans les plaies par balle) ; emphysème pariétal.

Du côté de la plèvre : « pneumo-thorax et hémothorax ».

Du côté du poumon : « hémoptysie et emphysème de la base du cou ».

***

Le pronostic des plaies de poitrine est essentiellement variable. En effet, s'il apparait grave dans les plaies larges produites par les instruments tranchants, il est moins sévère pour les plaies par projectile de petit calibre qui peuvent être assimilées, à ce point de vue, aux plaies par instruments piquants.

Pour les coups de feu, le pronostic est d'autant moins grave que le projectile est moins volumineux et est animé d'une plus grande vitesse. Une balle de petit calibre, animée d'un mouvement très rapide, pourra traverser la poitrine de part en part sans commettre de grands dégâts. Les plaies par balle étaient beaucoup plus graves autrefois qu'elles ne l'ont été dans les dernières guerres, et surtout

---

sion et de flétrissure les médecins qui se conduisent de la sorte et leur rendre ainsi, par l'isolement, la situation intolérable? Mais parfois la nécessité de vivre, sans atténuer les regrets que nous causent de tels faits, ne les excuse-t-elle pas? Est-ce la soif maudite de l'or ou seulement la vulgaire faim des entrailles qui a fait fouler aux pieds par ces médecins les sentiments de solidarité et de confraternité professionnelles? Si ce n'était que cela pourtant, faudrait-il avoir quand même la cruauté de l'outrage et de l'anathème ?

Pensez-vous maintenant, cher confrère, qu'il y ait lieu d'ouvrir à un plus grand nombre l'accès de la carrière médicale et ne sentez-vous pas le danger de démocratiser davantage l'enseignement secondaire, d'en faire la sanction plus facile, la porte de sortie plus large et béante à tous ?

Puisque nous causons réformes, je ne veux pas terminer sans en saluer une qui vient de s'accomplir, de portée restreinte sans doute, mais heureuse et louable en tout point. Réforme ? non, réparation plutôt d'une erreur ancienne, restitution d'un bien indûment retenu. Il s'agit du rétablissement du titre et du grade d'inspecteur général du service de santé de la marine, brutalement supprimé en 1886 sous l'effort de traitreuses intrigues mises au service d'une ambition disproportionnée et de rancunes auxquelles il est mieux de ne pas adjoindre une épithète.

Depuis cette époque, le corps de santé, sans chef, sans direction, a connu peu à peu toutes les misères. En vain faisait-il entendre des plaintes désabusées, en vain l'auteur même du préjudice dont souffrait tout le monde essaya-t-il de restaurer à son profit la situation perdue : il en avait trop bien démontré autrefois l'inutilité et quelle entrave elle mettait à certaines fantaisies. Cette fois, le prix du sang ne fut pas payé.

Enfin, le ministre a compris qu'il fallait mettre un terme à l'état d'angoisse où se débattait son service de santé, et il a obtenu de M. le président de la République la signature d'un décret, en date du 3 février dernier, qui remet une tête au décapité. En le faisant, il s'est créé des droits à la sincère reconnaissance de tous les médecins de la marine, et on peut ajouter qu'il s'est honoré grandement par cet acte de justice et de bonne foi. Il faut l'en remercier de

qu'elles ne le seront dans l'avenir. Le fusil perfectionné dont on se sert dans les armées modernes est de petit calibre et doué d'une façon de projection véritablement prodigieuse.

Les dangers à redouter dans les plaies de poitrine peuvent être divisés en *immédiats* et *secondaires*.

1° Les dangers immédiats sont :

a). La mort par hémorragie. Dans les plaies pénétrantes par balle de petit calibre, les malades succombent exceptionnellement à l'hémoptysie et rarement à l'hémo-thorax ;

b). La mort par l'asphyxie rapide. Elle est à craindre dans les plaies intéressant les deux poumons à la fois. Dans les plaies unilatérales, elle est directement liée à l'hémo-pneumo-thorax ou à l'hémothorax, qui, à la manière d'un grand épanchement séro-fibrineux, remplissent et surdistendent la cavité pleurale, compriment le poumon sain et refoulent le cœur du côté opposé.

Heureusement, dans les plaies par balle de revolver, les anfractuosités de la plaie pulmonaire et l'épanchement sanguin péribronchique contribuent souvent à obstruer le vaisseau et la bronchiole ouverte, et à tarir ainsi la source de l'épanchement pleural. C'est grâce à ce mécanisme que, chez notre malade, l'épanchement est reste limité, et que, dès le cinquième ou sixième jour, la dyspnée du début a entièrement disparu.

2° Les dangers consécutifs sont encore plus nombreux, mais sont presque tous sous la dépendance de l'infection.

a). Je ne fais que signaler l'hémoptysie secondaire à la chute des eschares dans les plaies par balle. C'est un accident rare ;

b). L'infection par la plaie pariétale ne se produit guère que dans les plaies larges par instrument tranchant, ou dans les plaies mal soignées. Dans les plaies par armes à feu, le projectile est généralement aseptique, sauf lorsqu'il entraîne des corps étrangers ou des fragments d'étoffe ; de plus, la plaie qu'il crée est petite et tend à se boucher d'elle-même. Vous n'aurez donc qu'à faire un pansement antiseptique convenable pour éviter l'infection pariétale ;

c). L'infection par la plaie pulmonaire est beaucoup plus à craindre. Lorsqu'une bronche de fort calibre est ouverte, elle peut déverser, en même temps que l'air, des produits muqueux dans la cavité pleurale ; les produits muqueux contiennent, à l'état normal, des bactéries, d'où une infection que nous pouvons qualifier de primitive.

Un autre mode d'infection pleurale relève du développement d'une lésion en foyer du poumon. Si la pneumonie traumatique est circonscrite, il n'y a rien à craindre ; si elle est étendue ou diffuse, elle infecte la plèvre à son tour en y provoquant le développement d'une pleurésie. Celle-ci peut évoluer comme une pleurésie simple et guérir ; mais si, comme cela arrive le plus souvent, il existait déjà un hémo-thorax, le sang étant un excellent milieu de culture pour les microbes ; on voit bientôt se développer une pleurésie purulente et une infection putride de la plèvre, dont vous connaissez tous la gravité.

En résumé, à la suite des plaies pénétrantes de poitrine, il peut se développer, du côté de la plèvre, trois ordres de phénomènes infectieux : 1° une pleurésie simple ou hydro-pneumo-thorax ; 2° une pleurésie purulente ; 3° une pleurésie putride. Vous devez donc surveiller anxieusement l'apparition de phénomènes généraux, tels que : élévation de la température, frissons, nausées ou vomissements, anorexie,

---

grand cœur et le remercier aussi du choix qu'il a fait pour renouer la série des inspecteurs généraux du corps de santé de la marine, d'un homme que ses longs services dans l'enseignement, son ancienneté de grade, sa valeur professionnelle considérable et admirée même de ses adversaires, son caractere enfin, tout de bienveillance et de grande bonté, désignaient entre tous.

Nul n'était mieux à même de recueillir, après ces dix années d'interruption, la lourde succession d'un grade qui a laissé dans la médecine navale une trace si brillante, dont le souvenir n'est pas près de s'effacer.

Une recette de Neisser.

En tête de son n° 65, le journal *Deutsche Medizinal Zeitung* a publié une longue et assez curieuse communication qui a été faite devant une Société médicale importante *(Société des Médecins de Silésie)*, par le professeur Neisser (de Breslau).

Ricord avait donné — bien inutilement, du reste — la fameuse recette pour attraper la chaude-pisse. M. Neisser nous fait connaître un moyen infaillible pour... l'éviter. Ce n'est pas celui qu'on pourrait penser.

Après avoir passé en revue les appareils et les procédés utilisés par les gens méfiants ou inquiets, après avoir énuméré les moyens préservatifs ou préventifs connus qui, d'ailleurs, ne le satisfont pas, l'inventeur du gonocoque donne son suffrage au procédé du Dr Blokusewski (de Daun, près Trêves).

Une solution de nitrate d'argent à 2 °/₀ est contenue dans un tube de métal qui ne laisse échapper le liquide que par pression et goutte à goutte. Cet appareil est très portatif; on peut l'avoir toujours sur soi, dans une poche de son gilet.

Après s'être exposé au danger, on fait tomber à l'entrée de l'urètre, première étape du gonocoque, une ou deux gouttes qui tuent en cinq secondes les microbes qui se seraient aventurés un peu au-delà de l'orifice du canal. Une troisième goutte, répandue sur le frein, fait disparaître ceux qui auraient élu résidence dans cet autre point dangereux. Le reste de l'organe peut être négligé ou seulement lavé. *(Bulletin médical.)*

diarrhée, etc., pour vous rendre compte de l'aggravation du pronostic et vous efforcer de conjurer le danger par une thérapeutique rationnelle.

Chez notre malade, par bonheur, l'hémo-pneumothorax a évolué avec une intensité modérée, presque bénigne. Le thermomètre n'a pas atteint 39 degrés; l'appétit a fait défaut pendant quelques jours, ainsi que le sommeil, mais les signes locaux ont subi, à partir du cinquième jour, une diminution progressive et, actuellement, nous pouvons le considérer comme étant hors danger. Il ne reste plus, à la partie inférieure de la cavité pleurale, qu'un peu de souffle et de l'égophonie; le malade est apyrétique. Et pourtant, malgré la bénignité de l'évolution symptomatique dans ce cas heureux, malgré la presque certitude de la guérison, il faut encore, tant qu'il persistera quelques phénomènes stéthoscopiques, réserver le pronostic. On voit parfois, en effet, des blessés se présenter dans des conditions semblables, sans phénomènes généraux, avec une apyrexie absolue, dans un état de santé en apparence excellent, et qui portent, néanmoins, un épanchement purulent dans leur plèvre.

***

Il serait trop long de vous donner un exposé complet de la conduite à tenir dans les plaies de poitrine. Je me bornerai à vous fournir les principes généraux du traitement, en insistant plus particulièrement sur celui qui convient aux plaies par balles de revolver. La plaie pariétale, après lavage antiseptique, sera fermée aussi parfaitement que possible avec de la baudruche ou une mince lamelle de coton et du collodion iodoformé. Si la plaie est plus large et son occlusion impraticable, vous la fermerez avec un vaste pansement antiseptique. Vous condamnerez le malade au repos le plus absolu, le tronc relevé et soutenu par des oreillers. Contre l'état de collapsus possible, vous pratiquerez les injections d'éther ou de caféine. Au besoin, un peu d'opium à l'intérieur servira à calmer le malade.

Contre l'hémorragie pariétale, vous vous conduirez comme pour toutes les plaies qui saignent; je n'y insiste pas.

Dans les plaies par balle de revolver, l'hémo-thorax ou le pneumo-thorax ne sont jamais assez abondants pour conduire à l'asphyxie. Si toutefois celle-ci était imminente, il ne faudrait pas hésiter à faire une ou deux ponctions aspiratrices ou même l'ouverture large de la plèvre, la pleurotomie.

Enfin, si l'épanchement est évidemment purulent (et en cas de doute il faudra vous en assurer par une ponction aspiratrice), qu'il y ait ou non de fièvre, qu'il y ait ou non des phénomènes généraux, il faut largement ouvrir la poitrine, en pratiquant, au besoin, une résection costale, et traiter l'abcès de la plèvre comme on traite habituellement la pleurésie purulente. Il va sans dire que la pleurésie traumatique, à forme putride, réclame encore plus impérieusement cette même intervention.

BULLETIN

L'hiver n'a pas été rigoureux, et pourtant, comme toutes les années, nous avons, dans les hôpitaux de Paris, la question des brancards.

Il est bien certain que le nombre de lits est insuffisant pour les indigents de la capitale, et le froid remplit les salles de malheureux atteints de bronchite, d'influenza, et même de blessés qui exploitent leurs plaies pour trouver un endroit où l'on puisse coucher, manger et se chauffer.

Le système nouveau des circonscriptions hospitalières, joint à la nouvelle création des consultations, n'est pas fait pour atténuer cette triste situation, et cela se comprend.

On a bien divisé Paris en quartiers desservis par des hôpitaux, mais cette division, toute factice, ne correspond ni au nombre des habitants ni à la situation des établissements hospitaliers, qui datent de bien avant cette création plus ou moins heureuse.

Ce qui fait que certains hôpitaux regorgent de malades, tandis que d'autres, plus heureux, n'ont que le nombre de lits qu'ils doivent contenir.

Autrefois, quand chaque service faisait sa consultation, il prévoyait les lits vacants et s'efforçait de soigner les malades à la consultation en profitant de la bonne volonté de chacun d'eux, et le résultat était que le nombre des brancards, quoique toujours trop élevé, n'arrivait pas cependant à dépasser les limites prescrites par l'hygiène.

A l'heure qu'il est, l'assistant de consultation, irresponsable, puisqu'il n'a pas à se préoccuper de la situation des salles, donne des billets d'admission à des malades qui, certes, auraient droit à un lit si ceux-ci étaient dans la capitale en nombre suffisant; mais qui, cependant, ne sont pas des cas d'urgence. Un chef de service peut donc quitter ses salles avec quatre ou cinq brancards, et y trouver en y rentrant le lendemain quinze brancards à la salle des hommes et dix à la salle des femmes, comme nous l'avons vu.

Cela fait que les salles construites pour quarante malades, par exemple, en possèdent cinquante-cinq, qui, du même coup, se trouvent à avoir un cubage d'air insuffisant. Ce qui fait que le personnel de la dite salle est sur les dents, ayant à monter quinze brancards et à assurer le service de quinze nouveaux

malades; ce qui fait qu'en médecine les malades traînent, et qu'en chirurgie les plaies s'infectent, puisqu'il n'y a plus de surveillance possible avec un surcroît de besogne pareil.

Aussi, que fait le chef de service? Il s'empresse de sauvegarder les intérêts de ses malades graves et de renvoyer tous ceux pour qui l'hospitalisation n'est pas absolument nécessaire, et cette mesure a pour résultat de donner au personnel la nouvelle besogne de démonter les brancards que deux jours après, une nouvelle fournée, venant de la consultation, va faire reparaître.

Cette situation est intolérable. Elle est chère, d'abord; car on couche ainsi de nombreux malades qui ne font que passer dans les salles, sans même commencer un traitement. Elle est préjudiciable à l'intérêt des malades déjà alités et en traitement, car l'encombrement les met d'abord dans de mauvaises conditions hygiéniques et fait ensuite que le personnel peut leur consacrer moins de temps.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1896

M. JACCOUD vient de nouveau faire ressortir toutes les difficultés qu'on rencontre lorsqu'on veut établir la preuve de l'origine hospitalière de la tuberculose. Les statistiques n'ont pas plus de valeur démonstrative que les observations que M. Jaccoud a communiquées; les conclusions qu'on en peut tirer sont viciées par les mêmes causes d'incertitude : l'infection possible dans les milieux extra-hospitaliers, la bacillose préalable de l'organisme, M. Jaccoud, à l'appui de son opinion, fait un fort intéressant historique de la bacillose latente :

« Sur la découverte de Koch, en 1883, dit M. Jaccoud, on a édifié, par une application trop hâtive des données expérimentales, une théorie étiologique qui affirmait l'origine extrinseque constante de la tuberculose pulmonaire, et la quasi-contemporanéité de la pénétration infectante et de ses effets. C'est ce que j'ai appelé, par abréviation, la *théorie du synchronisme*.

« Une année ne s'était pas écoulée que la fameuse observation de la clinique de Bamberger, publiée par Lustig en 1884, venait porter à la théorie une premiere et profonde atteinte.

« Un ouvrier de quarante trois ans, sans antécédent individuel ou héréditaire suspect, tombe contre une roue, sur le côté gauche du thorax. Le lendemain, début de la pleurésie gauche; absence de bacilles dans les crachats et dans le sang. L'épanchement se fait tres lentement; au bout d'un mois, la ponction donne un litre environ de liquide hémorragique. Pas de bacilles, ni dans le liquide, ni dans son sédiment; ils continuent à manquer dans les produits de l'expectoration. — Le jour suivant, le malade meurt d'œdème du poumon.

« A l'autopsie, pas de tuberculose pulmonaire, même à l'examen microscopique; absence de lésions tuberculeuses dans tous les organes, sauf dans la plèvre gauche; les bacilles tuberculeux n'existent pas dans les coupes de la plèvre.

« L'impression perturbatrice produite dans le monde médical par cette observation gênante ne peut être soupçonnée aujourd'hui, mais on en retrouverait les traces dans la littérature austro-germanique de l'époque, et notamment dans l'ouvrage de Brehmer, en 1885.

« On tenta d'adopter se fait à la théorie régnante du synchronisme. Mais il s'explique mieux par la notion du dyschronisme : les bacilles spécifiques avaient pu pénétrer dans l'organisme antérieurement et y séjourner inertes jusqu'au moment où l'inflammation du tissu qui les recélait en avait déchaîné l'activité pathogène.

« Voici encore d'autres faits et d'autres preuves :

« En 1884, Rollinger fait l'autopsie de plusieurs enfants, non scrofuleux, ayant succombé au cours d'une épidémie de rougeole; il ne trouve chez eux aucune lésion tuberculeuse, mais il constate la fréquence des bacilles tuberculeux dans les ganglions lymphatiques de la racine des poumons et du médiastin. Von Ziemssen a fait ressortir à ce sujet les rapports de la rougeole et de la tuberculose, et Brehmer fit ressortir l'intérêt de ces faits au point de vue de l'étiologie de la maladie. Ces faits semblent décisifs. Si les enfants examinés par Bollinger avaient survécu à leur rougeole, et si plus tard ils avaient succombé à la tuberculose apres un séjour à l'hôpital, on aurait affirmé qu'ils avaient contracté dans ce milieu le germe de la maladie.

« En 1889, Neuhaus montre l'importance de l'écart chronologique entre l'infection de la maladie. En 1890, Loomis, de New-York, montre que, dans six cas sur quinze, les glandes bronchiques d'individus non tuberculeux, même avant l'autopsie, renfermaient des bacilles capables d'activité : c'est une proportion de 40 %. En 1892, Pizzini, de Turin, sur trente expériences faites avec les cadavres de trente sujets morts de maladies aiguës ou par accidents, sans aucune trace de tuberculose à l'autopsie, montre que douze ont donné des résultats positifs, c'est à-dire que les cobayes inoculés sont morts, dans les délais voulus, avec une tuberculose plus ou moins généralisée; c'est encore une proportion de 40 %.

« En 1893, Speugler, sur six enfants morts de diphtérie, a décelé quatre fois le bacille tuberculeux dans les glandes bronchiques, en l'absence de toute lésion tuberculeuse. En 1894, M. Straus a démontré la présence de bacilles tuberculeux dans les cavités nasales de l'homme sain, et en a constaté expérimentalement la virulence dans quatre cas sur vingt-neuf, ce qui donne une proportion de 31 % pour cette bacillose, que M. Jaccoud appelle *bacillose d'antichambre*.

« Tel est, conclut-il, autant que je puis le savoir, le bilan actuel de la bacillose glandulaire profonde, avec sa proportion troublante de 40 % d'individus exempts de toute lésion tuberculeuse, même à l'autopsie.

« A l'éventualité si largement compréhensive de cette bacillose préalable et latente dans l'organisme, j'ajoute les chances innombrables de la pénétration bacillaire en dehors des hôpitaux; et, en face de ces réalités écrasantes, je ne vois pas d'autre obligation, je ne conçois pas d'autre vérité que le maintien dans toute son absolue rigueur et dans toutes ses conséquences de ma conclusion primitive : l'origine hospitaliere de la phtisie pulmonaire ne peut jamais être affirmée, c'est assez dire qu'elle ne doit jamais être affirmée. »

— Au cours de la séance, M. FRANÇOIS-FRANCK a lu une note sur *l'innervation vaso-motrice du poumon*, et M. LA-

BORDE a commencé la lecture d'un important travail sur *la prophylaxie médicamenteuse du paludisme*, et, en général, sur *l'action préventive et immunisante par les agents de la matière médicale.*

ÉLECTIONS A DEUX PLACES D'ASSOCIÉS NATIONAUX (1re DIVISION)

Première élection.

Ont obtenu :

MM. Renaut (Lyon)	42 voix. ÉLU.
Lépine (Lyon)	16 —
Grasset (Montpellier) ..	11 —
Bulletin blanc	1

Deuxième élection.

Ont obtenu :

MM. Lépine (Lyon)	46 voix. ÉLU.
Grasset (Montpellier) ...	8 —

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance annuelle est remise à une date ultérieure, à cause de l'état de santé du sympathique secrétaire général, qui pourra d'ici peu de temps faire le discours qu'il a préparé pour le plus grand plaisir de tous, sur Alphonse Guérin.

Les présidents se remplacent pourtant et M. MONOD, en prenant le fauteuil, dit à ses camarades quelques paroles vraiment charmantes. Il rappelle qu'il y a cinquante ans, date pour date, son père, fondateur de la Société, prenait place à la présidence ; c'est donc un centenaire qu'il fête en ce moment. Il remercie ses collègues et leur dit que de ses remerciements ils en seront accablés, puisque c'est au nom de deux générations qu'il les adresse, et très discrètement termine en émettant quelques vœux : l'exactitude aux séances, l'abstention de prendre la parole à propos du procès-verbal, la sourdine aux conversations particulières, etc....

Les travaux commencent ensuite et nous sommes étonné de voir une interruption dans la discussion sur l'hématocèle rétro-utérine. Que nos lecteurs ne la croient pas finie, elle reprendra, et peut-être dans la prochaine séance.

— M. BAZY monte à la tribune et nous lit un rapport sur un travail de M. Mougeot (de Chaumont) à propos de la *cystostomie sus-pubienne.*

Il s'agit d'un prostatique avec rétention et hémorragie, opéré à la cocaïne par le méat sus-pubien et qui mourut dans la nuit. Non pas de la cocaïne, non pas non plus du fait opératoire, mais de l'infection chronique dont il était atteint.

A ce propos, M. Bazy reprend la question de la cystostomie, mauvais mot pour lui, car il n'y a pas bouche, quand il ne s'agit que d'évacuation, et après avoir insisté sur la facilité de l'opération, il en discute les indications.

L'hémorragie en est une, encore qu'elle ne l'est pas toujours. Il cite en effet trois observations d'hématurie vésicale grave, et dans une seule d'entre elles il fut obligé d'ouvrir la vessie. Le cathétérisme, l'antipyrine. etc., peuvent donc souvent suffire. Le malade de M. Mougeot avait bien une hémorragie, mais comme le cathétérisme n'a pas été tenté, on ne peut savoir s'il eût donné de bons résultats.

Dans les hypertrophies prostatiques, il ne faut pas non plus se presser d'établir le méat hypogastrique, et M. BAZY rapporte de nombreux faits dans lesquels le drainage par les voies naturelles a suffi pour guérir les malades.

Il faut du reste savoir que les méats non continents et même demi-continents rendent l'existence insupportable aux malades et sont souvent des causes d'infection vésicale.

En somme la taille sus-pubienne est indiquée dans les cas de douleurs et d'hématurie que le cathétérisme n'a pu faire disparaître.

Elle est souvent insuffisante dans les affections suraiguës. Elle peut être, dans la majorité des cas, remplacée par la sonde.

M. ROUTIER n'est pas non plus partisan du méat hypogastrique comme procédé devant remplacer le cathétérisme, mais il est des cas dans lesquels il trouve ses indications, et M. Routier en cite un.

C'était un prostatique atteint d'hémorragie, impossible à sonder. Il tailla la vessie en haut, trouva une tumeur prostatique, cause de l'hémorragie. Il l'extirpa sur un clamp, voulut mettre une sonde à demeure, que ce malade ne put supporter, enfin finit cependant par obturer le méat sus-pubien, et le malade est aujourd'hui guéri.

M. REYNIER affirme le dire de M. Routier, et M. BAZY termine en faisant remarquer qu'il ne peut pas être l'ennemi du méat hypogastrique, qu'il a employé le premier, mais trouve qu'on a étendu son application à trop de cas.

— Un cas d'*ostéome du maxillaire inférieur* fait l'objet de la communication de M. BERGER. Ce sont des tumeurs très rares, et l'orateur commence par en donner la bibliographie, en y comprenant les cas de Trélat et de Jalaguier qui pour lui, ne rentrent pas dans la question.

C'est une jeune femme de dix-neuf ans qui fait l'objet de l'observation citée Sujette à des abcès dentaires, elle vit, en 1893, apparaître une tumeur et, en 1895, elle entra à la Pitié. Le diagnostic porté fut celui de périostite diffuse du maxillaire inférieur ; mais ensuite, vu sa dureté, l'étendue de la tuméfaction, sa proéminence du côté du sillon gingivo-labial, on émit l'idée d'ostéosarcome.

La résection du maxillaire inférieur fut pratiquée à ce niveau, et l'examen de la tumeur montra qu'on avait affaire à un ostéome proprement dit, composé de tissu osseux jeune séparé par du tissu médullaire jeune, toutes parties ne semblant pas encore avoir subi la « résorption modelante ».

M. Berger fait remarquer que cette pièce est des plus rares, que la délimitation de la tumeur est exacte, contrairement à ce qui est décrit dans les autres observations qui ont le même titre, et que cet ostéome est absolument semblable à celui qu'on a décrit dans les fosses nasales et dans le sinus maxillaire.

Il discute ensuite le traitement, qui ne pouvait être autre que la résection partielle du maxillaire inférieur, et la question de la prothèse immédiate, dont il ne parait pas partisan.

M. TH. ANGER a aussi dans sa pratique un cas qui se rapproche de celui de M. Berger. Il s'agissait d'une femme portant une tumeur très dure du maxillaire inférieur. Il réséqua partiellement ce dernier, et, au milieu d'un tissu hypertrophié, put trouver un ostéome long et cylindrique au milieu d'un tissu osseux qui l'entourait.

M. PICQUÉ place ensuite la question sur la prothèse immédiate du maxillaire inférieur, qui donne des résultats ultérieurs à l'endroit desquels il faut être très réservé.

M. DELORME serait plutôt favorable à la prothèse, opinion que M. TERRIER ne partage pas, montrant que toutes les fois qu'il y a suppuration, celle ci ne peut avoir des résultats heureux ; toutefois, placé immédiatement, l'appareil est en quelque sorte un conducteur dans le phénomène de réparation des parties et a donc, de ce côté, son application. EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février 1896

La discussion sur le sérum antidiphtérique est reprise par M. Hutinel qui partage sur plusieurs points l'opinion de M. Sevestre, mais en y apportant cependant quelques restrictions.

Tout d'abord, chez les enfants ayant de grosses amygdales et des végétations adénoïdes, et atteints d'une angine d'apparence bénigne, il ne faut injecter le sérum que lorsque l'examen bactériologique a révélé la présence de bacilles diphtériques longs et nombreux, ou lorsque les fausses membranes ont une tendance marquée à s'étendre.

M. Hutinel avait pensé, lui aussi, que les accidents consécutifs aux injections de sérum sont dus à des infections secondaires. Mais il est difficile d'affirmer la nature streptococcique de ces accidents: M. Hutinel a cherché bien souvent le streptocoque dans le sang, sans le trouver.

Quoi qu'il en soit, c'est parce qu'il a vu des accidents post-sérothérapiques graves, même mortels, en particulier chez une fillette de douze ans atteinte d'angine diphtérique avec association streptococcique, que M. Hutinel recommande de n'employer que très prudemment le sérum toutes les fois que l'on peut craindre des associations microbiennes, et d'attendre, si c'est possible, que l'examen bactériologique ait révélé la présence de bacilles diphtériques longs et nombreux.

M. Variot intervient dans la discussion en se basant sur 1,414 cas de diphtérie qu'il a observés, l'année dernière, à l'hôpital Trousseau.

On sait que M. Variot a depuis longtemps attiré l'attention sur les élévations thermiques temporaires et inconstantes qui suivent les injections du sérum. Ces élévations thermiques sont actuellement moins fréquentes. En Allemagne, au contraire, on a observé, avec le sérum d'Aronson, des accidents mortels assez nombreux avec hyperthermie considérable chez des enfants atteints d'angines moyennes.

M. Variot a observé, comme MM. Gaucher et Sevestre, des abcès dus vraisemblablement à ce que certains échantillons de sérum étaient pyogènes. Il a constaté aussi un très grand nombre d'érythèmes de tout genre avec élévation thermique. Rarement les accidents ont pris un aspect réellement redoutable, avec diarrhée profuse, congestion pulmonaire, arthropathies, prostrations, adynamie; jamais un de ces cas ne s'est terminé par la mort. Par contre, dans sa clientèle, M. Variot a vu des accidents post-sérothérapiques tardifs très graves; il les croit beaucoup plus fréquents en ville qu'à l'hôpital; cette différence s'explique peut-être par ce fait qu'à l'hôpital les provisions de sérum sont vite épuisées et incessamment renouvelées, tandis qu'en ville on se sert de sérum que l'on prend chez les pharmaciens et qui est plus ou moins ancien.

M. Variot ne partage pas l'opinion de M. Sevestre sur la pathogénie des accidents tardifs du sérum. Si le streptocoque joue un rôle prépondérant dans la production de ces accidents, pourquoi ne se montrent-ils qu'après douze ou quatorze jours, alors que le processus en évolution sur les muqueuses pharyngée et laryngée est atteint? D'autre part, M. Sevestre, avec d'autres observateurs, admet que l'urticaire est due au sérum; pourquoi les autres érythèmes ne seraient-ils pas en rapport avec la même cause? M. Variot a vu l'urticaire précéder immédiatement une éruption rubéoliforme ou scarlatiniforme, d'autres fois alterner avec ces éruptions. Il pense que ces érythèmes sont dus à ce fait que les substances albuminoïdes du sérum ne s'éliminant pas par les urines, subissent dans l'organisme des transformations, des dédoublements, et que ce sont vraisemblablement ces produits qui, après une période de temps assez fixe, déterminent les troubles divers de l'intoxication par le sérum.

M. Le Gendre a appelé l'attention, dans la dernière séance, sur une question pratique du plus haut intérêt; faut-il faire l'injection de sérum par ce seul fait qu'on a constaté la présence du bacille diphtérique dans la gorge? M. Variot ne le pense pas. Il met, tout d'abord, en doute la valeur du bacille court que ses internes, MM. Levrey et Piatot, ont trouvé souvent dans la gorge d'enfants sains. De plus, l'examen clinique ne perd pas ses droits lorsque l'examen bactériologique décèle des bacilles moyens ou longs. Lorsque l'état général est bon et les exsudats minimes, M. Variot attend, pour faire l'injection de sérum, les résultats de l'examen bactériologique; si, alors même que celui-ci est positif, les exsudats sont en voie de régression, il diffère l'injection; si les exsudats se sont étendus, il injecte 10 ou 20 centimètres cubes de sérum suivant l'intensité du processus et l'âge de l'enfant.

Si, au contraire, les exsudats paryngés sont étendus, s'il existe des troubles laryngés même légers, il pratique l'injection de sérum immédiatement sans attendre les résultats de l'examen bactériologique.

M. Variot joint, à l'appui de sa manière de faire, les résultats de sa statistique. Sur les 1,414 enfants qu'il a soignés à l'hôpital Trousseau et qui ont été reconnus diphtériques après l'examen bactériologique, 205 ont succombé; la mortalité a donc été de 14,5 %.

Il serait injuste toutefois de comparer ces résultats à ceux des années antérieures, pendant lesquelles la mortalité atteignait, à Trousseau, 40 à 50 %. En effet, à cette époque, le nombre des diphtériques ne s'élevait pas à plus de 8 ou 900 par année. La bactériologie a donc amené dans le pavillon des diphtériques un bon nombre de diphtéries légères qui n'étaient pas classées autrefois sous cette étiquette. Il est impossible, en effet, que le nombre des enfants atteints de diphtérie ait presque doublé d'une année à l'autre. Si, comme autrefois, les cas graves seuls avaient été reçus, il est probable que le chiffre de la mortalité aurait été à peu près le même que celui des premières statistiques de Behring et de Roux.

M. Hirtz, tout en considérant le sérum comme un merveilleux remède, pense néanmoins qu'il peut produire quelques accidents, entre autres de l'albuminurie. Chez un enfant de quatre ans, atteint de diphtérie pure, compliquée bientôt de croup pour lequel on fit le tubage, qu'avait précédé une injection de serum, les urines devinrent albumineuses quelques heures après cette injection, alors qu'elles étaient restées normales jusque-là. Dans un second cas, il s'agissait d'une angine très bénigne. M. Hirtz ne fit l'injection de sérum que le huitième jour; or les urines, qui n'avaient jamais contenu d'albumine et qui n'en contenaient pas encore trente minutes avant l'injection, en avaient des traces cinq heures après; cette albuminurie légère persista pendant douze jours. M. Le Gendre a observé un cas analogue.

M. Chantemesse ne pense pas que le sérum puisse amener de l'albuminurie; celle-ci est due soit à la diphtérie elle même, soit à une infection streptococcique.

— A propos de la communication de MM. Roger et Josué, sur l'*appendicite expérimentale*, M. Dieulafoy vient présenter les conclusions de leçons qu'il a faites aux mois de novembre et décembre derniers, sur cette même question de l'appendicite; les recherches de MM. Roger et Josué confirment ces conclusions :

« 1° L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close.

« 2° Cette transformation peut se faire sur un point quelconque du canal appendiculaire, dont la longueur et l'étroitesse se prêtent si bien à cette transformation.

« 3° Elle se fait par différents mécanismes constatés et étudiés sur des appendices enlevés par les chirurgiens.

« Le plus souvent, l'oblitération partielle du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close sont dues à la formation lente et progressive d'un calcul appendiculaire autochtone, calcul né sur la place et qui ne vient pas du cæcum comme on l'a dit à tort. Il s'agit d'une véritable lithiase appendiculaire, comparables aux lithiases rénale et biliaire et qui, comme ces dernières, est héréditaire. L'appendicite peut être familiale comme je l'ai démontré.

« 4° Dans d'autres circonstances, la transformation de l'appendice en cavité close est la conséquence d'une infection locale comparable à l'oblitération des canaux biliaires au cas d'ictère, dit catarrhal.

« Enfin, dans quelques cas, cette transformation est le résultat lent et progressif d'un rétrécissement fibreux analogue à celui de l'urètre. Ces différents processus peuvent évoluer chez le même sujet.

« 5° Les symptômes de l'appendicite bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. A ce moment, les microbes de l'appendice, jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence; il se passe ce que Klecki a décrit et démontré dans de remarquables expériences, en ligaturant une anse intestinale.

« 6° Dans l'appendicite ainsi constituée s'élabore un foyer d'infection, dont les principaux micro-organismes sont le coli-bacille et le streptocoque, ainsi que je l'ai démontré avec mon interne, M. Kahn.

« 7° La virulence de l'appendicite est parfois telle, que la mort peut arriver du même fait de l'appendicite, sans lésions ni symptômes péritonéaux.

« 8° Dans d'autres cas, l'infection se fait de l'appendice vers le péritoine, sans perforation des parois appendiculaires; malgré cette absence de perforation, on voit éclater toutes les variétés de péritonite : septicémie aiguë du péritoine, péritonite généralisée, enkystée, abcès péritonéaux à distance.

« 9° Enfin, dans les cas considérés comme les plus classiques, étant les mieux connus, l'infection appendiculaire aboutit à la gangrène, à la perforation, à la péritonite. »

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité d'hygiène, de médecine et de chirurgie navales, par Jules Rochard et Denis Bodet. — Battaille, éditeur, 1896.

Les auteurs de cet ouvrage ont eu pour but de réunir dans un seul volume tout ce qu'il importe au médecin de la marine de savoir, en dehors des connaissances qui forment le fonds commun de l'instruction médicale. C'est le premier traité comprenant cet ensemble qui ait été écrit depuis celui de Forget, qui remonte à 1832. Depuis cette époque, nombre de livres ont été écrits sur l'hygiène navale; il en est un qui les domine tous par la beauté du plan, l'ampleur des vues et le prestige du style, c'est celui de Fonssagrives ; mais la dernière édition est de 1877, et, depuis cette époque, l'architecture et l'hygiène navales se sont transformées, à ce point que c'est à peine s'il existe encore, dans nos arsenaux, quelques rares spécimens des navires qu'il a décrits. La diversité des types est telle qu'il n'y a pas deux cuirassés ni deux croiseurs exactement semblables. Les auteurs se sont efforcés de tirer de ces types variés quelques formules générales.

Ils ont divisé leur ouvrage en sept chapitres. Le premier est consacré à l'histoire de l'hygiène et de la médecine navales; les suivants comprennent l'étude du navire, de l'équipage, de la mer et de la navigation ; les deux derniers traitent des maladies de l'homme de mer, des accidents auxquels il est exposé, et du service aux blessés pendant les batailles navales.

Cet ouvrage très spécial, très didactique, écrit par deux médecins dont la compétence et le talent sont connus, nous paraît destiné à devenir le *vade meum* du médecin de la marine ; il a sa place marquée dans toutes les bibliothèques des navires et des ports de guerre.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — MM. les Drs Avrilleaud, Bizardel, Bonain, Clavel et Le Marchadour (médecins de la marine) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les Drs Paul Archambaud, Hudelo, Maranger, Paul Sollier (de Paris); Souplet (de Nogent-le-Rotrou).

Officiers d'Académie : MM. les Drs F.-J. Ardouin, Th. Fraysse, Lemoult, Millée, L. Robin, Toulouse, Villain (de Paris); Laurent (de La Rochelle); Leroux (de Périers); Peringuey (de Bordeaux); Robin (de Loudéac) Thuau (de Baugé); M. Savoire, chef-adjoint du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Concours du bureau central (médecine). — Le jury de ce concours est constitué provisoirement ainsi qu'il suit : MM. Cornil, Potain, Josias, Raymond, Mauriac, Giraudeau, Kirmisson.

Hôpital de la Pitié. — *Leçons sur les maladies de la peau* : M. le Dr G. Thibierge a commencé des leçons cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 14 février, à 10 heures 3/4; il les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Société de Biologie. — *Prix Ernest Godard* (500 fr.). Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1896. Les mémoires doivent être envoyés avant le 15 octobre 1896, au secrétaire général, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le Prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie Michels et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LE COLO-TYPHUS

On doit appeler colo-typhus ou colo-typhoïde des cas de dothiénenthérie dans lesquels les lésions prédominent dans le gros intestin (Devic et Roux). Il conviendrait même, à l'exemple des auteurs que nous venons de nommer, de distraire de la description colo-typhus les altérations du cœcum bien plus fréquentes que celles du côlon; en réalité, nous croyons inutile de faire cette distinction artificielle, étant donné notre définition.

I

Morgagni, Louis, Andral, Jenner, Chomel avaient plus ou moins bien vu les lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde, mais ce fut Leudet qui, le premier, étudia complètement le colo-typhus, et bien que son principal mémoire sur ce sujet, publié en 1856, renferme quelques observations contestables dans lesquels il s'agissait de colite catarrhale, il n'en reste pas moins fort intéressant à consulter. Nous avons à citer ensuite, comme principaux travaux, ceux de Hoffman, Cerenville, Ceppi, Barth, les thèses de Meunier et de Mercier, qui ont permis de se faire une idée plus exacte de cette localisation spéciale des altérations typhiques. Plus récemment ont été publiées les intéressantes observations de Laveran (1893), Carbone (1891), Devic et Roux (1895).

II

La fréquence des altérations du gros intestin varie beaucoup selon les statistiques.

Sur 200 autopsies, Leudet a trouvé 60 fois le gros intestin atteint; de Cerenville 21 fois sur 108.

Les chiffres de Louis étaient 14 sur 46; ceux de Jenner, 7 sur 20.

Hoffmann a détaillé ses résultats :

233 autopsies lui ont donné :

139 fois des lésions s'arrêtant à la valvule de Baubin;

47 fois des lésions s'étendant au cœcum et à l'appendice ;

34 fois au côlon ascendant;

7 fois au côlon transverse;

4 fois au côlon descendant;

2 fois au rectum.

Griesinger, à Zurich, sur 84 autopsies, a trouvé la lésion du gros intestin dans la proportion de 40 %; elle n'était réellement importante que dans un nombre de cas correspondant à 19 %. « Quelquefois même les lésions du gros intestin étaient plus étendues et plus intenses que celles de l'iléon. » A. Tubingue, le même auteur, sur 29 autopsies, n'a trouvé la lésion du gros intestin que dans la proportion de 24 %; il ne l'y a jamais vue considérable. Ainsi que le fait remarquer H. Vallin, dans sa traduction de Griesinger, la forte proportion trouvée par ce dernier et par Hoffmann tient à la fréquence des altérations sur les deux faces de la valvule iléocœcale et sur le cœcum.

L'importance des lésions du gros intestin, relativement à celles de l'intestin grêle, est très variable selon les observations.

Dans des cas, excessivement rares, ne survenant que dans les épidémies intenses (Griesinger), c'est le gros intestin seul qui est altéré, l'intestin grêle restant indemne. Homolle a cité plusieurs faits de ce genre dus à Brunswig, Cazalis et Renaut, Sireday, Hoffmann. C'est surtout à ces cas que conviendront la dénomination de colo-typhus ou coléo-typhus.

Plus fréquemment, tandis qu'il n'y a que des lésions légères dans l'intestin grêle, on en trouve de très développées dans le gros intestin.

Enfin, dans la grande majorité des cas, ce sont les lésions de l'intestin grêle qui prédominent, tandis que dans le gros intestin il n'y a que quelques ulcérations disséminées.

L'évolution des lésions dans l'intestin grêle et dans le gros intestin peut être simultanée ou à peu près. Il en était ainsi dans les trois cas rapportés par Laveran.

D'autre part, un certain nombre d'auteurs admettent que la rechute de la fièvre typhoïde peut s'accompagner d'une poussée ulcéreuse sur le gros intestin. Cette dernière serait la « lésion de la rechute ». Il existe évidemment un certain nombre de faits confirmatifs de cette opinion qu'avait adoptée Griesinger.

C'est ainsi que dans une observation de Ceppi, (*Progrès médical*, 1877, p. 264), à l'autopsie d'un malade, mort dans une rechute de fièvre typhoïde, on trouva dans l'intestin grêle, d'une part, sept ou

huit plaques de Payer dont la cicatrisation était très avancée, et, d'autre part, dans la dernière partie de l'iléon, des ulcérations manifestement plus récentes; en même temps existaient, dans le gros intestin, des ulcérations tout à fait semblables à celles qui occupent le voisinage de la valvule iléo-cœcale et contemporaines de ces dernières. Des faits analogues ont été publiés par Meunier, Hérard, Bucquoy. Ce dernier admettrait (th. de Mercier) que la rechute est très souvent caractérisée, au point de vue anatomique, par une localisation secondaire de l'agent typhique sur le gros intestin. Cette opinion est trop absolue; on peut ne trouver aucune altération du gros intestin à l'autopsie des sujets ayant succombé à une fièvre typhoïde, les ulcérations nouvelles siégeant exclusivement dans l'intestin grêle (Laveran). D'autre part, Cornil a soutenu que la lésion essentielle de la rechute était une entérocolite. Nous n'avons pas à insister sur ce point en dehors de notre sujet, et dirons seulement que la grande majorité des auteurs s'accorde à admettre une poussée typhoïdique nouvelle comme substratum de la rechute, mais que cette poussée est loin d'occuper forcément le gros intestin.

Les lésions du gros intestin sont, nous l'avons dit, d'étendue fort variable. Dans beaucoup de cas, il y a simplement des lésions de l'appendice iléo-cœcal. Il n'est pas rare de trouver une grande étendue de la surface interne de l'appendice transformée en une vaste ulcération (Guéneau de Mussy). De même, la lésion des follicules isolés, bien que pouvant se montrer dans toute l'étendue du gros intestin, prédomine au niveau du cœcum. Il se produit une tuméfaction du follicule, dont le volume atteint ou même dépasse celui d'un pois. Bientôt le centre de la saillie se creuse, se perfore et donne issue à une matière blanchâtre. On voit alors un ulcère à bords nets, à contour circulaire. Parfois, plusieurs follicules se réunissent et il se produit une ulcération irrégulière. La période de réparation n'offre rien de spécial et les cicatrices ont le même aspect que dans l'intestin grêle.

D'après Mercier, dans le colo-typhus, les ganglions lymphatiques du méso-côlon sont plus atteints que ceux du mésentère, lorsque naturellement les lésions du gros intestin sont prédominantes. En réalité, les altérations des ganglions abdominaux, dans la fièvre typhoïde, sont souvent primitives, et, du reste, Mercier reconnaît lui-même que la relation qu'il indique n'est pas constante.

Assez fréquemment, les lésions du gros intestin, même s'il n'y a pas eu rechute, sont beaucoup moins avancées dans leur évolution que celles de l'intestin grêle; tandis que, dans l'iléon, on peut trouver des ulcérations en pleine réparation ou même cicatrisées; celles du côlon seront souvent profondes, ne présentant aucune tendance à la guérison. Les ulcérations du gros intestin dureraient plus longtemps que celles de l'intestin grêle.

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur la fréquence de la perforation à la suite des lésions typhiques du gros intestin. Betke a trouvé la perforation douze fois sur le colon et quinze fois sur l'appendice, sur cent vingt-sept autopsies.

Dans les cas mortels, la perforation est le mode de terminaison habituel (Devic et Roux). La perforation de l'appendice se produit d'autant plus facilement qu'il y a fréquemment des corps étrangers dans son intérieur. Souvent il y a alors production d'une pérityphlite (Gouronnec). La perforation du rectum peut être suivie d'abcès sténoraux, de fistules anales (Leudet). Dans une observation de Murchison, on voit une perforation siégeant à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse entraîner l'adhérence de l'intestin à la vésicule biliaire; un abcès de la grosseur d'une cerise occupait le point d'adhérence; enfin, il y avait encore une récente périhépatite de la face supérieure du foie. La perforation du gros intestin est assez souvent multiple; Goldammer a vu quatre perforations siéger sur le cœcum.

Devic et Roux, pour expliquer la plus grande fréquence des perforations du gros intestin (en dehors du cœcum), admettraient volontiers une résistance moindre des tuniques du colon.

D'une façon générale, la perforation du gros intestin a une gravité un peu moindre que celle de l'intestin grêle; comme cette région du tube digestif est peu mobile, le mouvement se limite plus facilement par des adhérences.

Pour Betke, la péritonite sans perforation succède elle-même plus souvent aux lésions du gros intestin, qu'à celles de l'intestin grêle.

III

Quels sont les signes qui peuvent faire présumer l'existence d'un colo-typhus? Ils sont au nombre de trois : le siège de la douleur provoquée, le météorisme et surtout la diarrhée.

On sait que les douleurs abdominales sont rarement spontanées chez les typhiques, et il est de connaissance vulgaire, qu'on cherche à les provoquer par des pressions exercées dans la fosse iliaque droite, c'est-à-dire au niveau de la dernière portion de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale. Or, il y a des malades chez lesquels la douleur a son maximum, non dans la fosse iliaque droite, mais dans la gauche ou bien sur le trajet du côlon; ou encore on constate que le ventre est uniformément sensible. Dans tous

ces cas, les lésions coliques seraient probables. Mercier fait remarquer que la douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche, n'indique des lésions de l'S iliaque que si il y a en même temps du gargouillement; autrement on devrait plutôt penser à une accumulation de matières dans l'intestin. Dans le cas de Devic et Roux, on provoquait de la douleur par la pression dans les deux fosses iliaques. Le siège normal de la douleur est loin d'être un signe constant du colo-typhus.

Des trois malades de Laveran, un seul a présenté une douleur très marquée dans l'hypochondre gauche, et cette douleur dépendait d'une péritonite.

Le météorisme intense est un symptôme dont la valeur diagnostique est peu importante. Lorsqu'il est excessif, il a de nombreux inconvénients; en effet, la tympanite repousse le diaphragme et gêne la respiration, elle s'oppose dans un certain moment à l'évacuation des matieres et enfin favorise les perforations. Mais, si le météorisme excessif a été parfois noté dans les observations du colo-typhus, le plus souvent, ce symptôme rentre dans ceux de l'adynamie typhique; en général, il dépend, non de la paralysie des fibres musculaires du côlon par suite de la présence d'ulcérations abondantes, mais de l'atteinte portée au système nerveux. Cependant, chez un des malades de Laveran, le météorisme s'est produit avec des caractères assez particuliers. Il a toujours été beaucoup plus prononcé au-dessus de l'ombilic qu'au-dessous et était dû à une dilatation énorme du côlon transverse rempli d'ulcérations.

Reste la diarrhée. Guéneau de Mussy a dit qu'il y avait constamment de la diarrhée dans les cas de lésion accentuée du gros intestin. Dans les fièvres typhoïdes normales que l'on traite par la méthode de Brand, il est de règle de voir la diarrhée diminuer rapidement, puis se supprimer. Tripier et Bouveret, dans plusieurs cas où elle avait persisté malgré le traitement par les bains froids, ont trouvé, outre les ulcérations caractéristiques de l'intestin grêle, le gros intestin rempli de pertes de substances. Chez aucun des malades de Laveran, la diarrhée n'a été très abondante. Le même auteur fait remarquer que chez aucun d'eux, non plus, il ne s'est produit de selles fréquentes, muqueuses, sanguinolentes, dysentériques en un mot, ce qui est remarquable, puisque, dans deux cas au moins, il y avait de grandes ulcérations de la muqueuse du gros intestin et qu'elles descendaient jusqu'à l'S iliaque et dans la partie supérieure du rectum. Rendu a aussi attiré l'attention sur ce fait qu'avec des altérations locales semblables à celles de la dysenterie, le tableau clinique était fort différent. Chez le malade de Devic et Roux, la diarrhée s'est aggravée au moment où la température commençait à s'abaisser; de plus, les selles renfermaient des mucosités glaireuses, blanchâtres, striées de sang rouge.

Une hémorragie intestinale peut avoir comme point de départ une ulcération du côlon (Leudet).

La perforation peut se produire sur le côlon, sur le rectum. Nous avons déjà dit que la péritonite qui en résultait se limitait assez facilement par des adhérences. Généralement le tableau clinique est moins bruyant qu'à la suite des perforations de l'intestin grêle; la péritonite s'installe assez sournoisement et se manifeste par du tympanisme, l'absence de selles, l'aggravation subite de l'état général, le facies grippé (Devic et Roux).

La perforation est très souvent constatée au niveau du cœcum ou de son appendice. Tantôt il se produit une péritonite aiguë généralisée, tantôt une pérityphlite. Cette dernière, moins fréquente que la péritonite, a un pronostic très grave: on a vu la collection purulente s'évacuer par l'intestin, par l'ombilic.

Leudet a publié deux cas d'abcès stercoraux.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic. Dans la grande majorité des cas, on ne soupçonnera pas pendant la vie une localisation importante du processus typhique sur le gros intestin. Le météorisme, la diarrhée persistante, la douleur colique, ne sont pas constants ou peuvent, comme nous l'avons dit, s'expliquer de manières diverses. En fait, dans presque tous les cas publiés, le colo-typhus a été une découverte d'autopsie.

Y a-t-il une cause à la localisation anormale du processus?

Pour Devic et Roux, un sujet ayant, pour une cause quelconque, de la diarrhée, aurait plus de chances qu'un autre de faire des ulcérations sur son gros intestin, s'il vient à contracter la fièvre tyhphoïde. C'est là un fait à vérifier.

Le traitement du colo-typhus, si on soupçonne son existence, offre-t-il quelque chose de spécial? On pourrait regarder les grands lavages de Cantani comme particulièrement indiqués, la lésion étant très accessible. Il vaudrait cependant mieux ne pas y avoir recours; la perforation est le grand danger, et il convient de laisser le gros intestin en repos. On peut dire que, dans cette forme, le bain froid donné selon la méthode de Brand conserve toute sa valeur.

Les femmes médecins à Londres. — Les agrégés du Collège royal des Chirurgiens de Londres viennent d'adopter par 49 voix contre 10 une résolution déclarant qu'à leur avis les femmes doivent être admises à obtenir des diplômes de cette institution. D'après le *Times*, ce vote pourrait avoir pour effet de déterminer le conseil, malgré son opposition antérieure, à ouvrir l'accès des examens aux candidats féminins.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Suppression des bateaux-lavoirs de la Seine. — Règlement de police sanitaire du 4 janvier 1896.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine s'est occupé de nouveau, dans sa séance du 7 février, des bateaux-lavoirs installés sur la Seine et qui y déversent leurs eaux souillées. La question a déjà été portée plusieurs fois devant le Conseil. Cette fois elle y a été introduite par la propriétaire d'un bateau amarré devant Suresnes, à 300 mètres en amont du point où la Compagnie des Eaux de Paris a établi la prise qui alimente les communes de cette partie de la banlieue.

Son lavoir se compose de deux parties : le bateau-lavoir, proprement dit sur lequel se tiennent les blanchisseuses et qu'il n'est pas question de changer, et un bateau annexe qui porte les chaudières, les couleries et le logement particulier du gérant. Ce bateau est en mauvais état et la propriétaire demandait à le remplacer par un bateau neuf et de plus grande dimension.

Le délégué du Conseil, après avoir visité l'établissement, proposait d'accorder l'autorisation demandée, en se basant sur ce fait, que le nombre des places de blanchisseuses ne serait pas augmenté et que le lavoir était indispensable à la population de Suresnes. Quant à la prise d'eau située en aval, c'était sans doute une chose fâcheuse ; mais le service de la navigation avait déclaré qu'il était impossible de placer le bateau ailleurs.

Le Conseil d'hygiène n'a pas cru pouvoir accepter cette solution. Les bateaux-lavoirs contribuent en effet, pour une large part, à l'infection de la rivière. Il y en a vingt-deux sur la Seine et six sur le canal Saint-Martin. Ils contiennent trois mille places, et les eaux qui s'en échappent renferment plus d'impuretés et plus de bactéries que les eaux d'égout elles-mêmes.

En 1886, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine fut chargé de faire une enquête à ce sujet. Il en chargea M. Jungfleisch, un de ses membres. Celui-ci pria le docteur Miquel, dont la compétence en pareille matière est bien connue, de l'aider dans son travail et d'examiner, au triple point de vue du nombre, de la nature et de la nocuité, les organismes des eaux d'*essangeage*. On sait que l'*essangeage* est l'opération préliminaire par laquelle on débarrasse le linge de toutes ses impuretés solubles, en le lavant dans l'eau froide ou tiède avant de le soumettre à la lessive. Or, ces premières eaux ont donné à M. Miquel, 26 millions de bactéries par centimètre cube, tandis que les eaux d'égout rendues à Clichy n'en contiennent que 6 millions. Or, cela fait des milliards de bactéries lancées chaque jour à la Seine par chaque bateau-lavoir, et il y en a vingt-deux.

Les microbes dont M. Miquel a constaté le nombre appartiennent aux genres les plus variés. Toute la série des bactéries vulgaires y est représentée et il s'en trouve de pathogènes dans le nombre. M. Miquel en a inoculé dix-huit à des cobayes, et deux se sont montrés infectieuses. La première, un *bactérium* très grêle, a produit un phlegmon qui a évolué rapidement sans compromettre la santé de l'animal. La seconde a déterminé la mort à la suite de scepticémie chronique. En somme, dit le docteur Miquel, il y a par centimètre cube d'eau d'essangeage, de 1 à 2 millions de germes dont la virulence n'est pas à dédaigner (1).

A la suite de ce mémoire et de son enquête personnelle, M. Junfleisch lut au Conseil un rapport dans lequel il se prononçait contre les bateaux-lavoirs, et le Conseil d'hygiène, après discussion, émit l'avis qu'ils devaient être supprimés dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publiques. La Chambre syndicale des maîtres de bateaux-lavoirs s'émut de cette délibération et, sur ses instances, la Préfecture de la Seine ne donna aucune suite au vœu émis par le Conseil d'hygiène. On comprend qu'elle ait pris ce parti il y a vingt ans. A cette époque, on n'avait fait aucun effort pour assainir la Seine. De nombreux égouts partiels s'y rendaient, et le grand collecteur y déversait ses eaux. Il eût pu paraître excessif, en présence de ces grandes sources de contamination, de supprimer une industrie utile, et cela n'eut pas été très favorable à la pureté de la Seine, puisque les eaux souillées des lavoirs établis à terre finissent toujours par y arriver, par l'intermédiaire des égouts. Aussi, le Conseil d'hygiène, dans une seconde délibération, se borna-t-il à interdire l'établissement de nouveaux lavoirs.

Depuis cette époque, les choses ont changé, on a conduit au grand collecteur la plupart des égouts partiels qui se rendaient à la Seine ; le *rus de Marivel*, qui y débouche auprès de Suresnes, va bientôt subir le même sort. A la fin de l'année prochaine, ainsi que M. Bechmann en a pris l'engagement, la moitié des eaux d'égout de Paris sera utilisée par l'épuration agricole, et dans cinq ou six ans, la totalité de ces eaux aura reçu la même destination. Dans ces conditions, il est permis d'entrevoir le jour où la Seine ne sera plus souillée que par les bateaux-lavoirs, et le moment sera venu de prendre à leur

(1) MIQUEL : « De la richesse en bactéries des eaux d'essangeage ». Mémoire lu à la Société de Médecine publique, le 28 avril 1886. (*Revue d'hygiène*, t. VIII, p. 388.)

égard un parti définitif. En attendant, il ne faut pas permettre qu'on les répare ou qu'on en change quelques parties pour prolonger leur existence. Il faut les traiter comme les maisons frappées de *rescindement* qu'il est défendu de consolider et qu'il faut laisser tomber en ruines, afin que les édifices qu'on élèvera à leur place puissent prendre l'alignement.

C'est la décision que le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a prise dans sa séance du 7 février dernier.

— Le *Moniteur* du 21 janvier 1896 a porté à la connaissance du public un nouveau règlement de police sanitaire maritime qui était impatiemment attendu depuis un an. Celui du 22 février 1876 n'était plus en rapport avec les notions scientifiques que nous possédons aujourd'hui, ni avec les principes qui ont été proclamés dans les conférences sanitaires internationales de Venise, de Dresde et de Paris.

L'ancien règlement ne s'occupait des navires qu'à leur arrivée; le nouveau leur applique la visite médicale au départ, la désinfection pendant la traversée. Autrefois, on considérait comme infecté tout navire ayant eu à son bord, à un moment donné, des cas de maladie pestilentielle, quelle que fût la durée de la traversée. Le nouveau règlement range dans la classe des navires *suspects* ceux qui n'ont pas eu de cas de choléra depuis sept jours, de cas de peste ou de fièvre jaune depuis neuf. Or, les rigueurs sanitaires sont beaucoup moindres pour les navires suspects que pour les navires infectés. On ne leur impose même plus la quarantaine d'observation.

En résumé, la différence fondamentale qui existe entre les deux règlements, c'est que, dans l'ancien, la désinfection était facultative et la quarantaine obligatoire pour les navires provenant de pays contaminés ou suspects, tandis que, dans le nouveau, c'est le contraire. La désinfection est obligatoire, mais l'isolement est facultatif, on ne l'applique qu'aux navires qui ont le choléra, la peste ou la fièvre jaune à bord ou qui ont eu des décès par ces maladies dans la limite des délais que nous avons indiqués plus haut.

Le règlement du 4 janvier 1896 est très détaillé. Il se compose de quinze titres et de cent trente-cinq articles. Il règle à nouveau tout ce qui a trait aux *patentes de santé*, à l'*arraisonnement* des navires, à leur désinfection, au déchargement sanitaire, au fonctionnement des lazarets, aux médecins sanitaires, aux amendes, etc. Il réalise un progrès considérable sur ceux qui l'ont précédé et sera très apprécié par le commerce, dont il diminue les charges dans une très forte proportion. JULES ROCHARD.

BULLETIN

Nous entendions l'autre jour un chirurgien des hôpitaux de Paris faire la réflexion suivante : « Pourquoi les femmes infectées à la suite de leurs couches viennent-elles encombrer nos salles de chirurgie ? » C'est là, en effet, un fait vraiment particulier, mais il faut bien qu'on les place quelque part. Les services de médecine n'en veulent pas, et c'est alors les services de chirurgie qui bénéficient de cette infection.

Une pensée vient de suite à l'esprit : « Pourquoi les accoucheurs ne prennent-ils pas ces malades ? » La chose paraît toute naturelle. Nous osons à peine la formuler, car nous allons nous faire répondre par le corps obstétrical tout entier : « Y pensez-vous, vous voulez donc que nous allions porter l'infection chez toutes les femmes en mal d'enfant. Vous voyez toutes les précautions que nous prenons déjà pour isoler nos malades. On entre dans la maternité de certains hôpitaux par une porte spéciale, et nous l'ouvririons pour des femmes qui ont des accidents puerpéraux ! »

Nous avouons que nous n'avons jamais bien compris ces raisons, car il est bien facile, dans le sujet qui nous occupe, de répondre : « Pourquoi voulez-vous donner aux chirurgiens ces dangers d'infection que vous redoutez pour vous ? »

Est-ce que les opérations sur les grandes séreuses ne réclament pas des précautions beaucoup plus grandes que celles qui sont pratiquées sur l'utérus ? Si, certes ! Alors tout se résume à des mesures sévèrement prises et à des lavages de mains répétés.

Au surplus, si nous sommes bien renseignés, il existe dans toutes les maternités des salles dites d'isolement, qui conviendraient parfaitement à ces malheureuses qui arrivent dans les services de chirurgie avec des rétentions placentaires, et qui ont besoin d'un curettage et de lavages intra-utérins.

Il y a bien certains hôpitaux où il existe des services de gynécologie tenus par des médecins; mais d'abord ces services spéciaux n'existent pas partout, et souvent même, quand ils ont des malades de ce genre, ils s'empressent de les évacuer sur une salle de chirurgie.

Nous avons fait ces quelques réflexions parce qu'il nous a semblé que les suites de couches et les complications qu'elles entraînent étaient du ressort de l'obstétrique, et, au fait, beaucoup d'accoucheurs partagent peut-être notre opinion.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Estor, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de Montpellier.

DU ROLE DES MICROBES

DANS LA GENÈSE DES CALCULS BILIAIRES

Par MM. A. Gilbert et L. Fournier (1).

Dans une précédente communication présentée à la Société de Biologie, 16 juin 1894, MM. Gilbert et Dominici ont rapporté les résultats que leur avait fournis, au point de vue bactériologique, l'examen de calculs provenant de six individus.

Dans deux cas où la lithiase était de date récente, l'examen direct et la culture firent reconnaître l'existence des microbes au centre des calculs.

Dans deux cas où la lithiase était de date ancienne, l'examen et les cultures restèrent négatifs.

Dans un cas où la lithiase était également ancienne, les ensemencements resterent négatifs, mais l'examen sur lamelles fit reconnaître la présence de formes microbiennes.

Enfin, dans un dernier cas, où à côté de calculs anciens existaient des calculs récents, les premiers ont fourni des résultats négatifs; les seconds, au contraire, des résultats positifs, par l'examen sur lamelles et par l'ensemencement.

Dans les cas où les ensemencements s'étaient montrés positifs, les germes développés appartenaient à l'espèce coli-bacillaire.

Voici les résultats que nous a donnés l'examen bactériologique de vingt-sept nouveaux cas de lithiase humaine et de trois cas de lithiase du bœuf :

Parmi les premiers, dix-neuf fois l'examen direct et les cultures démontrèrent l'absence de micro-organismes au centre des calculs. Il s'agissait, dans tous ces cas, de lithiase ancienne ; les calculs avaient été trouvés à l'autopsie d'individus ayant eu ou non, à une époque lointaine, des coliques hépatiques.

Sept fois l'examen et les cultures révélerent la présence de microbes vivants appartenant à l'espèce coli-bacillaire. Dans la plupart de ces cas, la lithiase était de date récente; une fois cependant, un calcul de cholestérine volumineux, très ancien, trouvé à l'autopsie d'une femme âgée, contenait un coli-bacille vivant, extrêmement mobile. La bile contenait un coli-bacille immobile.

Dans un cas enfin, l'examen sur lamelles révéla la présence de formes bacillaires mal colorées, et les cultures restèrent négatives.

Des trois calculs de bœuf, l'un très ancien, du volume d'un œuf, ne contenait aucun micro-organisme ; un second, en voie de formation, contenait dans toutes ses parties un coli-bacille mobile que l'on retrouvait dans la bile ; dans le troisième enfin, présentant une coque assez épaisse, l'examen direct révéla la présence, dans sa partie centrale, de formes bacillaires très abondantes, de dimensions inégales ; quelquefois, les extrémités seules en étaient colorées ; d'autres fois, la coloration donnait au microbe un aspect segmenté. Les cultures restèrent stériles. La bile renfermait du coli-bacille mobile.

Si nous récapitulons les faits étudiés précédemment par l'un de nous, et les faits actuels, nous voyons qu'ils sont au nombre de trente-six, dont trois afférents aux bovidés, et qu'ils se distinguent en six catégories :

1° Dans vingt-deux cas (dont un de lithiase bovine), les calculs ne renfermaient aucun bacille colorable ni cultivable ; la bile était soit stérile, soit habitée par des micro-organismes divers ;

2° Dans neuf cas (dont un de lithiase bovine), les calculs et la bile contenaient le coli-bacille type ;

3° Dans un cas, certains calculs étaient amicrobiens, d'autres contenaient, ainsi que la bile, le coli-bacille ;

4° Dans un cas, les calculs montraient le coli-bacille type et la bile était peuplée par un para-coli-bacille immobile ;

5° Dans un cas (appartenant aux bovidés), les calculs présentaient des microbes non cultivables, mais colorables, et la bile était infectée par le coli-bacille vivant ;

6° Enfin, dans deux cas, les calculs offraient des bacilles morts non cultivablea mais colorables, et la bile était stérile.

Les dix cas qui composent les deuxième et troisiéme catégories pourraient être considérés comme favorables à l'hypothèse d'une pénétration secondaire des calculs par des micro-organismes envahissant l'appareil biliaire postérieurement à la réalisation de la lithiase. Cette pénétration peut d'ailleurs s'effectuer dans certaines circonstances, et nous l'avons reproduite expérimentalement. Un calcul volumineux de cholestérine, non recouvert d'une coque pigmentaire, fut placé dans un tube de bouillon et stérilisé par chauffage à 75° une heure par jour pendant trois semaines.

Au bout de ce temps, le tube fut ensemencé avec un coli-bacille mobile trouvé au centre d'un autre calcul, et placé à l'étuve à 33° pendant quinze jours. A ce moment, le calcul fut retiré du bouillon et ouvert après stérilisation de sa surface au moyen d'une lame de bistouri chauffée au rouge. Le centre du calcul contenait du coli-bacille mobile.

Nous n'avons pu, par contre, reproduire *in vitro* la pénétration secondaire des calculs, lorsque ceux-ci appartenaient à la catégorie des calculs pigmentaires. Placés dans les mêmes conditions que le calcul de cholestérine, au bout d'un mois et demi ils n'étaient pas envahis par le coli-bacille, alors que ce dernier avait poussé en très grande abondance dans le bouillon et était encore vivant.

La pénétration secondaire des calculs par les micro-organismes ne peut donc être invoquée pour expliquer, dans la généralité des cas, la présence de microbes à leur centre. Leur imperméabilité, au contraire, fournit un sérieux argument en faveur de l'origine microbienne de la lithiase biliaire. Les faits des 4e, 5e, 6e catégories, peuvent, en outre, être considérés comme autant de preuves de cette origine. *La pathogénie de la lithiase se trouve donc en grande partie élucidée, et la théorie de la cholécystite lithogène cesse d'être une simple hypothèse.*

Ainsi s'expliquent la présence de micro-organismes au centre des calculs et dans la bile, lorsque la lithiase est récente, la présence ultérieure de formes bacillaires colorables, mais non cultivables, c'est-à-dire de microbes morts, dans les calculs plus anciens, alors que la bile n'est plus habitée depuis longtemps, ou bien qu'elle a été envahie postérieurement par d'autres micro-organismes ; enfin la disparition de tout micro-organisme vivant et de toute forme colorable, dans la bile et les calculs, lorsque la lithiase est ancienne.

Divers micro-organismes peuvent sans doute intervenir dans la production des calculs. Ainsi le bacille typhique joue incontestablement, à ce point de vue, un rôle très important ; les faits de Dupré, de Gilbert et Girode, de Chivari, d'Hanot et Létienne l'ont suffisamment démontré.

Mais c'est au coli-bacille que revient, incontestablement, la part la plus grande dans la genèse de la lithiase biliaire, non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux, ainsi que l'établissent les recherches que nous avons poursuivies.

(1) Communication faite à la Société de Biologie, le 8 février.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1896

M. Péan fait sur les *tumeurs anévrysmatiques des os*, une intéressante communication, dont voici les conclusions :

« 1° Les anévrysmes des os, bien qu'ils soient extrêmement rares, existent et ne doivent pas être toujours confondus, comme l'ont fait plusieurs chirurgiens, avec d'autres tumeurs hématiques, telles que les myéloplaxomes et les sarcomes ;

« 2° Ils peuvent s'accompagner d'angiomes des parties molles ambiantes ayant les mêmes symptômes et la même structure que les tumeurs érectiles et artérioso-veineuses ;

« 3° Il est difficile de démontrer si ces dernières en sont la cause ou l'effet ;

« 4° Il n'est pas toujours possible de déterminer à l'avance leur coexistence ;

« 5° Celle-ci peut être soupçonnée lorsque l'angiome des parties molles recouvre un os superficiel, qu'il succède à un traumatisme et qu'il se développe avec une très grande rapidité en donnant lieu à des hémorragies graves à répétition ;

« 6° Elle ne peut être affirmée chez un certain nombre de malades avant que le tissu érectile des parties molles ait été enlevé ;

« 7° Cette ablation est indispensable pour distinguer macroscopiquement et histologiquement les anévrysmes des autres tumeurs types ou mixtes des os ;

« 8° Elle est singulièrement facilitée par le pincement préventif et temporaire ;

« 9° Elle donne lieu, au moment de l'excision des vaisseaux périostiques qui se continuent avec les vaisseaux anévrysmatiques des os, à un ou plusieurs jets de sang assez volumineux pour entraîner la mort s'ils ne sont pas immédiatement réprimés ;

« 10° Ces vaisseaux osseux ne pouvant être liés ou pincés d'une façon efficace, il faut leur appliquer d'autres modes d'hémostase ;

« 11° Le plus simple consiste à les obturer avec le doigt d'abord, avec un fosset ensuite ;

« 12° Un seul fosset suffit parfois pour arrêter un double jet sanguin, même très important, provenant de deux orifices osseux distincts ;

« 13° Ces corps étrangers sont bien tolérés, ne gênent pas la réunion par première intention et permettent de guérir certains anévrysmes des os, à la condition d'enlever au préalable tout le tissu érectile des parties molles ambiantes ;

« 14° Mais le moyen le plus sûr de prévenir la récidive est, sans contredit, d'enlever simultanément tout le tissu morbide et tous les vaisseaux qui entrent dans la composition de la tumeur, aussi bien dans les os que dans les parties molles. »

— M. Duplay lit ensuite un rapport sur un travail de M. Delbet ayant trait à un *nouveau moyen de traitement des kystes hydatiques de l'abdomen* :

« Tout en admettant comme un progrès le mode de traitement généralement suivi aujourd'hui et qui consiste dans l'ouverture large et la marsupialisation des kystes hydatiques de l'abdomen, M. Delbet signale quelques-uns des inconvénients de cette méthode thérapeutique, tels que la lenteur de la guérison et la persistance de fistules intarissables.

« Aussi, s'est-il efforcé de faire disparaître ces inconvénients par le procédé suivant, qui consiste à ouvrir largement le kyste, puis, après l'avoir capitonné et en avoir fermé l'ouverture, à le réduire dans l'abdomen et à suturer la plaie abdominale.

« Thornton et Billroth avaient eu l'idée de cette méthode et l'avaient pratiquée, le premier en 1883, le second en 1892. Mais M. Delbet emploie un procédé différent de celui suivi par ces chirurgiens.

« La poche étant largement ouverte, on enlève toutes les vésicules filles et la vésicule mère qui d'ordinaire se laisse parfaitement détacher.

Reste la membrane adventive, doublée d'une couche plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s'est développé, dont on pratique le capitonnage, lorsque l'épaisseur de cette paroi est telle qu'on ne puisse espérer la voir se rétracter.

« Ce capitonnage doit se faire avec des aiguilles très courbes, qu'on fait entrer et sortir successivement par la même face de la même paroi. M. Delbet conseille de se servir de préférence de très gros catguts qui ont l'avantage de ne pas couper les tissus. On aura le soin d'enfoncer l'aiguille profondément dans la paroi, de manière à comprendre dans l'anse de catgut une épaisse couche de tissus. On peut faire ainsi plusieurs séries de capitons et arriver à combler la cavité du kyste.

« M. Delbet n'a appliqué ce procédé qu'une fois, mais il s'agissait d'un kyste très volumineux contenant plus de 2 litres de liquide et de nombreuses hydatites. Le résultat a été parfait; la guérison a été obtenue en quinze jours. Au bout d'un mois, la poche était assez rétractée pour être devenue à peine sensible. »

— M. Ferrand reprend la discussion sur l'*origine hospitalière de la tuberculose* ; il cite l'intéressante statistique tirée des compagnies d'assurances. Ces statistiques montrent que la mortalité par phtisie chez des sujets indemnes, à une certaine époque, de tuberculose, est beaucoup plus grande chez les individus ayant des antécédents tuberculeux. Avant vingt-neuf ans, on constate 35 °/₀ de phtisiques non héréditaires, et 51 °/₀ ayant des antécédents bacillaires. De quarante à quarante-neuf ans, 17,6 °/₀ de phtisiques non héréditaires, 24,6 °/₀ héréditaires.

M. Ferrand attache donc une grande importance à l'hérédité. D'autre part, il regarde comme irréalisable et comme moins nécessaire que pour d'autres maladies, l'isolement des tuberculeux.

— M. Kirmisson présente à l'Académie un travail sur certains cas de *spina-bifida* et de méningocèles crâniennes d'apparence myxomateuse.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Monod sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Voici l'ordre du classement :

1re ligne : M. Pozzi;
2e — M. Delorme;
3e — M. Richelot;
4e — M. Peyrot;
5e — M. Bouilly;
6e — M. Quénu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Après rectification par M. Segond, de deux points touchant des observations citées par M. Picqué, ce dernier prend la parole pour clore la discussion sur le *traitement de la grossesse extra-utérine*, discussion provoquée par sa communication.

Il revient sur la division qu'il a donnée de ces grossesses, division qui a été adoptée par la majorité des membres de la Société. C'est donc avant ou après cinq mois qu'il faut s'occuper du traitement de cette affection.

Avant cinq mois, c'est le chirurgien qui soigne; après cinq mois la variété devient obstétricale, et c'est à l'accoucheur qu'on s'adresse.

M. Picqué rejette absolument les suppurations pelviennes de la question et n'envisage que les seuls chapitres des hématocèles enkystées ou des inondations péritonéales.

Il n'avait pas voulu aborder la question du diagnostic; mais dans le cours de la discussion il en a été parlé et il se range à l'opinion de ses collègues.

Il faut donc distinguer la grossesse extra-utérine et ensuite ses complications. A propos de celles-ci, M. Picqué parle de la rupture de la trompe et en arrive à la question de pathogénie. Il n'a jamais voulu enlever à Gaillard ce qui lui revient dans le facteur de la conception extra-utérine, mais dire seulement que ce médecin ne pouvait envisager la grossesse tubaire comme elle l'est aujourd'hui, puisqu'il n'avait pas les données suffisantes.

Pour les grossesses habitées ou non habitées, au point de vue du diagnostic, il n'y ajoute pas d'importance : car il est impossible de le savoir. Ce qui prévaut, c'est de reconnaître si on a affaire à une hématocèle ou à une suppuration des annexes.

Le diagnostic de l'inondation péritonéale est entourée de grosses difficultés, aussi la laparotomie exploratrice est-elle de rigueur.

M. Picqué aborde ensuite le traitement. Avant cinq mois, nous dit-il, il faut traiter la grossesse extra-utérine comme une tumeur maligne; après cinq mois il faut aussi intervenir.

Mais comment devra-t-on faire cette intervention? Dans l'hématocèle enkystée, l'orateur est partisan de l'incision du cul-de-sac postérieur, et avec lui MM. Bouilly, Routier, Schwartz, Tuffier, etc. On a beaucoup discuté cette voie opératoire. M. Reynier l'a attaquée vertement, en disant qu'elle était dangereuse, incomplète, en citant trois insuccès, ce qui peut tenir à bien des circonstances. M. Picqué répondra par des chiffres. Sur soixante-six cas de colpotomie postérieure qu'il a recueillies, il ne trouve que trois décès, ce qui est une excellente proportion.

M. Terrier a soutenu la thèse que la laparotomie avait cet avantage de ramener les parties à peu près *ad integrum*, de permettre l'ablation des annexes, qui sont, d'après lui, toujours malades. M. Picqué ne discute pas cette opinion et se borne à dire que la laparotomie est certainement plus difficile.

Quant à l'hystérectomie, elle n'est de mise dans aucun cas; à peine comme l'a indiqué M. Segond, doit-on la faire dans la grossesse tubo-interstitielle; mais ce sont là des cas exceptionnels.

— Le président annonce la clôture de la discussion et M. Segond fait un rapport sur un travail de M. Barette (de Caen), intitulé: *Trois cas de calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique.*

Le rapporteur analyse les trois cas suivis de guérison qui ont trait, l'un à un enfant de quatorze ans, l'autre à un homme chez lequel le calcul avait été jugé trop dur pour être attaqué par le lithotriteur, et le troisième chez un autre homme dont la vessie distendue par l'urine ne permettait pas de sentir le calcul.

M. Segond discute tous ces faits à propos de la lithotritie possible, et dit que tous en étaient justiciables; l'enfant d'abord, et il en a opéré plusieurs avec succès, le malade de la seconde observation dont la dureté du calcul n'a été jugée que sur sa résonnance, et enfin le troisième calculeux, chez lequel la vessie avait été peut-être trop distendue par l'injection.

Passant ensuite à la question de la suture vésicale, M. Segond estime que M. Barette aurait pu la faire et avec succès, car aucun de ces malades n'avait les urines infectées.

M. Championnière estime que M. Barette a bien fait de tailler ses malades; car la lithotritie ne peut être jugée que entre des mains très expertes en cette manœuvre. Or, peu de chirurgiens ont bien en main le maniement du lithotriteur et, pour sa part, il préférerait subir d'un chirurgien qui ne serait pas un spécialiste, l'opération de la taille que celle de la lithotritie.

Il préfère aussi la suture immédiate de la vessie qu'il a été un des premiers à pratiquer.

M. Felizet s'arrête seulement à la première observation, qui a trait à un enfant, et préfère, chez ce dernier, la taille sus-pubienne à la lithotritie, à cause de sa rapidité, de l'étroitesse de l'uréthre et aussi de la possibilité de pratiquer avec succès la suture de la vessie, à cause de l'intégrité des reins chez les enfants.

M. Segond termine la discussion en montrant qu'il n'a pas blâmé la pratique de M. Barette, bien au contraire, qu'il a voulu seulement discuter ce point de savoir si les calculeux traités par son confrère de Caen étaient passibles de la lithotritie pratiquée par un homme expérimenté.

— Une nouvelle *technique opératoire de la désarticulation de la hanche, pour les sarcomes du triceps et du fémur*, fait l'objet d'une communication de M. Quenu.

Il rappelle les procédés de Marcellin Duval, de Verneuil, et cite l'observation d'un malade chez lequel il a été, à cause de l'envahissement des tissus, forcé de prendre son lambeau au côté interne. L'hémostase, faite directement sur la fémorale, a permis d'éviter la perte de sang. La section sous-trochantérienne du fémur a permis de désosser facilement après coup le grand trochanter, la tête fémorale ayant été laissée dans la cavité cotyloïde.

M. Tuffier rappelle que tout dernièrement, les circonstances l'ont forcé à adopter le même plan opératoire pour un sarcome récidivé quatre fois. Le malade est aujourd'hui guéri.

— La séance se termine par une lecture de M. Lejars, sur un cas de *cholédocotomie*.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1896

Cette séance est remplie tout entière par la discussion sur l'*emploi de la créosote dans le traitement de la tuberculose*.

M. Catrin vient appuyer les conclusions de M. Faisans. Il pense, comme lui, que la créosote peut être utile dans certaines formes torpides de la tuberculose, tandis qu'elle

présente d'énormes inconvénients dès qu'il y a, chez le malade, la moindre tendance à l'éréthisme.

M. Fernet se rattache, lui aussi, aux opinions exprimées par M. Faisans; la communication de ce dernier est un coup droit porté contre l'emploi banal de la créosote. Après avoir fait un historique rapide de la fortune thérapeutique de la créosote, M. Fernet fait remarquer qu'un grand nombre de tuberculoses sont enrayées dans leur marche et guérissent spontanément; d'autre part, M. Debove a bien montré tout le parti qu'on pourrait tirer de la suralimentation des tuberculeux; il est enfin bien d'autres méthodes thérapeutiques qui paraissent également avoir donné des résultats satisfaisants. Il en est surtout ainsi des moyens exaltant la nutrition, agissant en favorisant la tendance à l'inflammation scléreuse qui immobilisera le bacille tuberculeux.

A ce point de vue, les effets immédiats de la créosote ont été peu étudiés; on sait cependant qu'elle produit une excitation générale des différentes fonctions : l'appétit paraît meilleur, les digestions plus faciles et l'asthénie semble diminuer. A ces avantages, il faut opposer des inconvénients pouvant avoir pour origine l'exagération de cette action, et on pourra décrire ainsi un créosotisme aigu, caractérisé par de la fièvre, des troubles gastriques, de la pseudo-méningite, et un créosotisme chronique, comportant des scléroses plus ou moins étendues des viscères, reins, poumons, centres nerveux, etc. Or, si la sclérose est utile, ce n'est qu'autour du tubercule même, ailleurs, elle est nuisible.

Outre ses effets excitants, la créosote aurait aussi des propriétés antiseptiques puissantes sur lesquelles presque uniquement les auteurs ont insisté jusqu'ici. Mais, si la créosote peut atteindre le bacille tuberculeux, ce ne peut être que par la circulation. M. Fernet pense donc que l'effet antiseptique de la créosote ne peut s'exercer, car il en faudrait une quantité relativement assez grande dans le sang. Si, d'autre part, elle diminue l'expectoration des malades, la créosote n'est pas, à cet égard, plus efficace que les inhalations d'eucalyptol que recommande M. Fernet.

Il partage entièrement l'opinion de M. Faisans sur les indications et les contre-indications de la créosote; il croit les doses élevées souvent dangereuses et combat, sur ce point, l'idée soutenue par M. Burlureaux. Pour ce qui est du mode d'administration du médicament, il a renoncé à la voie stomacale, surtout à cause de l'action irritante de la créosote sur la muqueuse gastrique; il faut ménager l'estomac des tuberculeux.

M. Hanot, sans prendre parti pour ou contre la créosote et sans chercher à expliquer le mode d'action de ce médicament, met en relief une particularité très intéressante, qu'il a observée avec M. Gilbert, en étudiant le foie des tuberculeux. Sur plus de 300 phtisiques, ils ont trouvé de l'urobilinurie dans la proportion de 48 % des cas chez les hommes, et de 30 % chez les femmes. Ces malades étaient traités par les capsules d'huile créosotée; sous l'influence de ce traitement, l'urobiline diminuait et finissait par disparaître; les lavements créosotés agissent de la même façon et peut-être plus énergiquement encore. M. Hanot pense donc que la créosote agit en empêchant les fermentations intestinales, et M. Debove fait remarquer que tout récemment encore, de nombreux auteurs ont attribué à l'urobiline une origine intestinale. M. Hayem, il est vrai, ne partage pas cette opinion; car l'on devrait alors trouver l'urobiline en abondance dans les urines de l'homme sain; or, il n'en est rien. D'un autre côté, M. Hanot considère la créosote comme un irritant énergique de la voie digestive et comme un des agents les plus fréquents de la gastrite médicamenteuse chez les tuberculeux.

Il faut remarquer cependant avec M. Le Gendre, et malgré l'opinion de M. Ferrand, qui se rattache à l'avis des précédents orateurs, que l'on observe quelquefois, avec la créosote administrée prudemment, à petites doses, au moment des repas et non pas dans des liquides irritants, tels que l'alcool et le vin, des améliorations véritablement remarquables de l'état digestif des malades. Cette substance a d'ailleurs été employée par des médecins allemands comme eupeptique. M. Barrié n'emploie la créosote que sous forme de suppositoires. M. Manquat (du Val-de-Grâce) s'associe sans réserve aux opinions de MM. Faisans et Fernet. Enfin, M. Burlureaux vient affirmer qu'il n'a jamais considéré la créosote comme un spécifique de la tuberculose; qu'il a été le premier à établir les indications, les contre-indications du médicament et même les dangers qu'il pouvait faire courir aux malades. La tolérance du sujet doit toujours régler la conduite du médecin. La créosote est un puissant adjuvant du traitement hygiénique, aussi M. Burlureaux a-t-il cru pouvoir écrire que la créosote était « l'hygiène du riche, mis à la portée du pauvre). Enfin il insiste en terminant sur ce fait, que d'une façon générale, tout malade qui supporte bien de fortes doses de créosote doit guérir, et réciproquement. C'est donc là un très utile élément de pronostic.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. H. Méry a vu chez un enfant, qui avait été atteint de pneumonie grave, survenir, cinquante jours après des injections de caféine, des abcès contenant le germe de l'infection primitive. Dans un second cas de M. Méry, il s'agissait d'une infection à streptocoques. Les abcès des piqûres survinrent au moment où l'infection sanguine était à son maximum, et l'examen du sang pendant la vie fut positif. Le petit malade succomba à une angine diphtéritique associée à streptocoques, suivie d'une scarlatine grave. Les premières piqûres de caféine faites pendant l'angine et au début de la scarlatine ne produisirent rien; ce ne fut que du jour où l'infection streptococcique du sang exista que la réaction locale des nodules inflammatoires apparut pour aboutir à la suppuration. Ces cas peuvent être rapprochés des abcès par fixation où on a rencontré le microbe de l'infection primitive.

— D'une intéressante observation de M. Monnier, il résulte que parmi les hémorragies qui marquent la période terminale de la cirrhose alcoolique, on peut observer une variété cutanée bulleuse, rappelant certaines formes d'hydroa. Au nombre des causes invoquées pour expliquer la pathogénie des hémorragies de cette cirrhose, il en est une avec laquelle il put compter dans ces trois cas : c'est l'infection. Le coli bacille et le streptocoque peuvent être hémorragipares. Cette observation, ajoutée à d'autres faits analogues, tend à prouver que la propriété hémorragipore n'appartient pas à un seul germe; que si certains micro-organismes, comme le bacille pyocyanique, par exemple, paraissent posséder plus particulièrement cette propriété, d'autres microbes, même vulgaires, peuvent également provoquer ces accidents.

— Les ulcérations de la langue chez les tuberculeux ne sont pas toujours tuberculeuses. Dans certains cas, d'après M. H. Claude, il peut y avoir fendillement de la muqueuse sous l'influence de la sécheresse de l'organe; les micro-organismes de la bouche pullulant alors à la surface de

l'érosion favorisent le développement d'un ulcère. Cet ulcère ne renferme ni cellules géantes, ni infiltration embryonnaire, ni nodules en voie de caséification ; il est formé d'une substance amorphe où l'on reconnaît les éléments du tissu conjonctif nécrosé entamant quelques cellules rondes et de nombreux micro-organismes. Cette lésion se produit chez les tuberculeux scorbutiques et est favorisée par des altérations vasculaires.

M. H. Claude a aussi montré que l'infection tuberculeuse de la langue pourrait se faire par la voie sanguine. Dans un cas d'ulcérations nettement tuberculeuses, les coupes faites à une assez grande distance, en des points où le tissu paraissait normal, ont montré des follicules tuberculeux caractérisés par des cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes et de quelques cellules rondes. Ces tubercules étaient situés au voisinage des vaisseaux. On peut donc admettre avec l'auteur l'existence d'une sorte de granulie de la langue.

— La présence du bacille pyocyanique a été, à plusieurs reprises, signalée dans les humeurs de l'homme, et les observations se multiplient depuis que l'attention des médecins a été attirée vers ce micro-organisme. La maladie pyocyanique tend à prendre place dans le cadre des infections humaines. Le microbe du pus bleu a été rencontré à l'état de saprophyte dans la salive, dans les crachats, dans le liquide stomacal, dans le contenu des cavernes, dans le pus des otites, dans la sueur. La constatation des faits de ce genre prend d'autant plus d'intérêt que l'on sait que cet agent peut devenir pathogène pour l'homme. Ehlers, Neumann, Œtlinger, Monnier, etc., ont rappelé le cas d'infection pyorganique. Le bacille pyocyanogène a pu être incriminé dans certaines observations de péricardite, de broncho-pneumonies, d'adénites, d'infections générales même, en particulier chez l'enfant et le nouveau-né : on a noté des hémorragies, de l'albuminurie, de la fièvre, de l'entérite, des ulcérations intestinales. Or, ce sont là des lésions et les symptômes que l'on provoque par l'inoculation aux animaux du germe lui-même ou par l'injection de ses produits de sécrétion. M. Le Noir a eu occasion d'observer chez un jeune homme de vingt-deux ans, qui présentait des calculs du rein et de la pyélite, un exemple d'infection urinaire mixte. Les urines renfermaient en effet le bacille pyocyanique et le bactérium coli.

— D'après les recherches de M. H. Lamy, certains cas de syphilis médullaire à évolution rapide offrent de grandes facilités pour la détermination des lésions vasculaires quant à leur forme initiale. Tandis que les cas pris montrent avec évidence que la lésion débute vers la tunique externe, ceux dans lesquels il s'est produit une infection secondaire terminale (et ce sont les plus communs) présentent des lésions d'aspect différent, caractérisées par la formation de thrombus, ayant tendance à s'organiser suivant les lois ordinaires. Selon toute vraisemblance, les lésions de la deuxième catégorie ressortissent à l'infection sanguine surajoutée.

— M. Laborde a fait des expériences très intéressantes sur l'action préventive et curative de curare dans le tétanos strychnique ou toxique. Une grenouille nettement curarisée, soumise à l'intoxication par la strychnine ne présente à aucun moment de sa survie, qui peut être définitive, aucun signe de tétanos. De plus, si une grenouille tétanisée est traitée par le curare, l'état tétanique cesse complètement au bout de quelques minutes et ne se reproduit plus. Cet effet curatif peut être réalisé au bout de quarante-huit heures et plus de tétanisation persistante.

— M. Gellé a fait une communication sur l'aura de vertige auriculaire. Cette aura prémonitoire existe dans plus du quart des cas. Les symptômes initiaux de la crise vertigineuse offrent le caractere d'hallucinations, d'images motrices, de représentations sensitives et sensorielles les plus nettes et les plus diverses. Un peu avant l'attaque, le malade perçoit le plus souvent une aggravation de son bruit habituel, un sifflet violent, une fusillade, des craquements, des pétillements avec flammes ; ou bien l'ouïe devient douloureuse. L'accès débute souvent par des troubles visuels vite suivis de perturbations motrices et sensitives générales. Ce sont des éblouissements ou des fumées, du noir, un trou sous les pieds, des flammes ou bien un abaissement de la vue et de l'obnubilation. Le malade voit double, il ne peut fixer le regard, etc. Très souvent l'aura est une sensation subjective d'un ordre plus général. Ce sont des douleurs subites traversant la tête d'une oreille à l'autre ou de bas en haut, la sensation de quelque chose qui se déplace dans la tête, des coups répétés sur le crâne, un choc sur le dos, les bras, etc. D'autre part, les troubles gastriques ouvrent souvent la scène ; ce sont des nausées avec tendance semi-syncopale, des vomissements répétés, abondants, des crampes d'estomac qui font croire à une lésion de l'estomac et oublier l'oreille. La crise de vomissements persiste parfois pendant toute la durée de la crise. Dès le même moment, on constate les troubles les plus accusés de l'innervation vaso-motrice : chaleur au front, à la tête, à l'oreille, sueurs froides, refroidissements. Enfin les troubles de l'équilibration et de la station, les impulsions motrices en sens divers, qui sont le corps même de l'accès de vertige auriculaire, peuvent, par leur brusque apparition, en marquer le début. Comme aura motrice, on observe la fixité du regard, la raideur du cou, l'inclination de la tête sur l'épaule, etc.

Ce tableau des phénomènes prémonitoires de l'accès de vertige *ab aure læsâ* montre que les irritations du nerf auditif produisent chez l'homme, non seulement les diverses perturbations si connues de l'équilibre, des mouvements, de la station, que l'expérimentation étudie dans le laboratoire, mais que de plus elles agissent sur les centres psychiques et provoquent l'apparition de véritables hallucinations sensorielles, sensitives et motrices.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de Médecine, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. — J. B. Baillière, 1896.

Nous venons de recevoir le deuxième volume de ce traité dont nous avons déjà annoncé la publication à nos lecteurs.

Ce tome douzième est dû à la plume de deux prosecteurs de la Faculté de Paris, notre ami Rieffel, aujourd'hui chef de clinique à la Charité, et le Dr Mauclaire.

Rieffel a entrepris une tâche très lourde, il a pris à lui tout seul la rédaction du chapitre des fractures, et nous ne pouvons que lui faire les plus sincères compliments sur la façon dont il a mené à bien cette terrible besogne.

Dans un véritable livre, puisque sa part du second volume est de 508 pages, il nous a donné, non seulement ce qu'il y a de plus complet en France sur la question, mais encore ce qu'il y a de plus étudié, je dirai même de plus

mûri; car il était préparé depuis longtemps à ce travail par la tournure de son esprit, par la connaissance profonde de ce qu'il avait décrit sur ce sujet à l'étranger, et par la netteté de son esprit.

Malheureusement les limites qui doivent être forcément assignées à un auteur dans un traité pareil ne lui ont pas permis de faire ce qu'il nomme peut-être un véritable traité des fractures.

Ne pouvant ici donner qu'une idée bien légère du travail de Rieffel, nous nous bornerons à citer les points qui particularisent son ouvrage.

Et, tout d'abord le plan de l'ouvrage est différent. Il commence par nous donner une nouvelle division des fractures en général et par séparer l'étude des fractures diaphysaires de celles des fractures articulaires, l'étude des fractures fermées de celles qui sont ouvertes.

Il nous donne un chapitre complet et bien clair de la formation du col; l'évolution clinique des fractures fermées, et aborde les questions les plus nouvelles du traitement. Laissant de côté la description longue et inutile des vieux appareils, il s'étend au contraire sur les sujets en litige, et nous recommandons la lecture des chapitres qui ont trait au massage et à la déambulation.

Dans les fractures exposées, il a remanié complètement tout ce qui a trait aux complications, supprimant toutes les vieilleries qui ne servaient plus, pour s'étendre sur les embolies traumatiques.

Enfin, dans l'étude des fractures en général, signalons encore les chapitres des pneudarthroses et des retards de consolidation. C'est l'exposé le plus précis d'un sujet à l'ordre du jour, étant donné les hardiesses de la chirurgie moderne. Il faudrait pour analyser les fractures en particulier, les citer toutes; car toutes elles ont été revues. Leur lecture s'impose à l'étudiant comme au praticien.

M. Mauclaire s'est chargé des maladies non traumatiques des os qui forment la seconde partie de l'ouvrage.

L'ostéomyélite, l'infection syphilitique, les maladies parantaires des os, les affections tropho-nerveuses et néoplasiques des os y sont traitées avec le développement qu'elles comportent. M. Mauclaire était du reste préparé à ce travail par ses études dans le service du professeur Lannelongue. EUGÈNE ROCHARD.

* * *

Mémoires et discussions du neuvième Congrès de Chirurgie, tenu à Paris, en octobre 1895. — Félix Alcan, éditeur.

Les mémoires et discussions du *Neuvième Congrès de Chirurgie*, tenu à Paris, en octobre 1895, sous la présidence du Dr D. Bœckel, de Strasbourg, viennent de paraître chez Félix Alcan, l'éditeur du Congrès, publiés sous la direction du secrétaire général, le Dr L. Picqué.

Les communications principales ont porté sur les deux questions à l'ordre du jour : *Chirurgie du poumon* (plèvre exceptée) et *De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os* (crâne et rachis exceptés). Les autres travaux communiqués, au nombre de plus de cent, présentent un ensemble fort intéressant; ils constituent un véritable annuaire de la chirurgie française et mettent hors de pair la science de nos compatriotes, toujours à la recherche du progrès.

Cette publication fait le plus grand honneur à l'*Association française de Chirurgie;* elle devra se trouver entre les mains de tous les médecins et chirurgiens qu'elle tiendra au courant des méthodes nouvelles dont l'effet est d'assurer le succès de la plupart des opérations chirurgicales.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours des médecine dee hôpitaux. — Par suite du refus de MM. Potain et Kirmisson, le jury du prochain concours de médecine est ainsi constitué : MM. d'Heilly, Mauriac, Cornil, Raymond, Giraudeau, Josias, Michaux.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Poirier, chef des travaux anatomiques, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 30 octobre 1897.

Personnel médical des Bureaux de bienfaisance. — MM. les médecins qui désirent prêter leur concours à l'Assistance publique, soit pour le service des consultations, soit pour le service du traitement à domicile dans les Bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris, sont informés qu'ils peuvent se faire inscrire, de 1 heure à 5 heures, à l'Administration de l'Assistance publique (service de secours), avenue Victoria, 3.

Ils devront justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et munis d'un diplôme de docteur en médecine d'une des Facultés de l'Etat.

Inspection générale du service de santé de la marine. — Le *Journal officiel* a publié deux décrets relatifs au rétablissement du titre et du grade d'inspecteur général du service de santé de la marine.

Le premier de ces décrets remet en vigueur les dispositions de l'article 58 du décret du 8 août 1885 qui déterminèrent les attributions de ce haut fonctionnaire; le second est le décret de promotion du Dr Cunéo, président du Conseil supérieur de santé, au grade d'inspecteur général.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Par arrêté en date du 24 janvier 1896, M. G. Masson, libraire-éditeur, membre de la Chambre de commerce de Paris, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Jarlauld.

Caisse des pensions de retraite du corps médical. — La Caisse des pensions de retraite du corps médical français présentait, au 25 janvier 1896, la situation suivante :

Espèces en caisse, fr. 4.561,81; portefeuille, fr. 571 808,50 — Total, fr. 576.370,31.

Association de la Presse médicale française. — *Réunion du 7 février 1896 :* Le 7 février, a eu lieu au restaurant Marguery, le trente et unième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le professeur Cornil. Trente membres y assistaient.

M. le Dr MASSE, directeur de la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, et M. le Dr BLONDEL (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Thérapeutique*, ont été élus membres de l'Association.

Sont nommés rapporteurs des candidatures : Dr Sorel (Le Havre, *Normandie médicale*), M. Delafosse; Dr Thouvenaint (Paris, *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*), M. Rodet.

M. le professeur CORNIL, syndic sortant, a été réélu par acclamation.

Hôpitaux de Marseille. — Le concours pour deux places de médecins adjoints des hôpitaux de Marseille s'est terminé par la nomination de MM. J. Arnaud et E. Cassoutte.

Un nouvel hôpital à Clichy. — Un nouvel hôpital, construit par M. Gouin et destiné aux ouvriers de l'industrie, vient d'être terminé près la gare du chemin de fer de Clichy. Situé rue du Bois et rue Morrio, à Clichy, cet hôpital a été construit presque sur le même plan que l'hospice Brézin, destiné aussi aux ouvriers de l'industrie du fer. Il comprend un vaste bâtiment en fer et en briques; de chaque côté sont élevés des pavillons pour les services divers. Au milieu de l'hôpital se trouve un jardin précédé d'une grande cour. Cet hôpital pourra recevoir une centaine de lits.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. Etienne Rollet.

Hospices du Havre. — Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. le Dr Bernardbeig, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le concours pour deux places de chirurgiens adjoints s'est terminé par la nomination de MM. les Drs Leroy et Balard (d'Herlinville).

Ecole de Médecine de Rouen. — M. le docteur Brunon est nommé directeur de ladite école.

École de Médecine de Tours. — M. le docteur Lapeyre est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Préparation des virus atténués. — Article premier. — La préparation des virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et des substances injectables, d'origine organique, appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, est autorisée dans les établissements et suivant les conditions ci-après déterminées :

1° Institut Pasteur, de Paris : sérum antidiphtérique, sérum antivenimeux;

2° Institut Pasteur, de Lille, dirigé par M. Calmettes : sérum antidiphtérique, sérum antivenimeux;

3° Laboratoire du Havre, dirigé par M. Dumont : sérum antidiphtérique;

4° Laboratoire de Nancy, dirigé par M. Macé : sérum antidiphtérique;

5° Laboratoire de Lyon, dirigé par M. Arloing : sérum antidiphtérique;

6° Laboratoire de Grenoble, dirigé par MM. Berlioz et Jourdan : sérum antidiphtérique;

7° Laboratoire de MM. Egasse et Bouyé, rue des Fossés-Saint-Jacques, 19, à Paris : extraits organiques préparés selon la méthode de Brown-Séquard;

8° Laboratoire de M. Bazin, cours Victor-Hugo, 9, à Bordeaux : extraits organiques préparés selon la méthode de Brown-Séquard.

Art. 2 — Ces produits pourront être débités à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Concours de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, dans les derniers jours du mois d'avril ou dans le courant du mots de mai prochain.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours, ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'Intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

Les bateaux sanatoria. — Depuis des années déjà, M. O. Motschoutkovsky insistait sur la nécessité d'organiser des bateaux sanatoria, avec personnel médical pour les tuberculeux; il est revenu encore tout récemment sur cette question.

Grâce à cette organisation spéciale, les tuberculeux pourront être isolés des sujets bien portants. Pendant huit à neuf mois par an, ces bateaux seraient en voyage, et, le reste du temps, en nettoyage et désinfection. Bien entendu, ces bateaux doivent être construits d'après le dernier mot de l'hygiène. La météorologie aidant, on pourrait quitter à temps l'endroit où un changement brusque de température est à craindre. Les malades seraient reçus dans certains points choisis; on pourrait y faire, pendant que le bateau est en rade, des excursions, des promenades, etc.

D'après M. Motschoutkovsky, ces bateaux seraient beaucoup plus utiles que les hôtels les mieux installés. Mais, pour que ce désir pût être réalisé, il fallait une Société qui voulût s'en charger.

Eh bien! quelque chose d'approchant vient d'être fait par la « Société du Lloyd autrichien », qui vient d'entreprendre la construction d'un navire de gros tonnage, destiné aux malades qui ont besoin d'un air pur et d'un climat favorable. Les rades désignées pour le moment sont : Corfou, Alexandrie, Palerme, Messine, Naples, Tunis, Malte.

Il est donc probable que l'idée de M. Motschoutkovski est sur le point de se réaliser. (*Presse médicale.*)

Conférence d'Externat. — MM. Griffon, Albert Guillemot et Jean Roger, internes des hôpitaux, ont commencé une Conférence d'Externat, le jeudi 13 février à 4 heures, à l'Hôtel Dieu (amphithéâtre Trousseau) et la continueront les jeudis suivants à la même heure.

Nécrologie. — MM. les Drs Etienne Fougeras-Lavergnolle, médecin à Saint-Bonnet-la-Rivière, décédé à l'âge de quatre-vingt quinze ans; Laennec (de Nantes); Pougny (de Brest).

Le Gerant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 9. **L'UNION MÉDICALE** 29 Février 1896.

SOMMAIRE

DE LA GALACTOPHORITE

Par M. BRINDEAU
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

La galactophorite, ou inflammation des canaux galactophores, est une affection relativement fréquente qui joue un grand rôle dans la pathogénie des abcès du sein. Elle est très importante à connaître au point de vue clinique, car, par un traitement bien conduit, on peut éviter un grand nombre de ces abcès glandulaires qui ont une si grande tendance à récidiver.

Le nom de galactophorite est dû à M. Budin, qui a décrit soigneusement cette affection. C'est encore à lui que nous devons son mode de traitement, qui consiste à évacuer le pus à l'aide de l'expression digitale.

Notre étude étant essentiellement clinique, nous ne voulons pas entrer dans les détails de la pathogénie des abcès du sein. Du reste, il suffit de savoir que cet organe peut s'infecter par voie sanguine, par voie lymphatique et par voie excrétoire. Ces deux derniers modes d'infection sont de beaucoup les plus fréquents.

Chassaignac avait déjà signalé que le pus pouvait siéger dans les canaux galactophores. C'était pour lui l'abcès intéro-mammaire canaliculé. M. Duplay considérait déjà, voilà vingt ans, que les abcès du sein avaient pour point de départ l'inflammation des canaux galactophores, qui se propageait ensuite à la glande. Aujourd'hui, ces faits paraissent très simples à expliquer. Les infections glandulaires ascendantes ont été observées dans toutes les glandes ayant des canaux excréteurs. L'abcès du sein est par là même comparable aux infections du rein par l'uretère, aux abcès du foie d'origine biliaire et aux parotidites dues à l'infection du canal de Stenon.

Il est donc bien établi que les lobules mammaires peuvent s'infecter par les canaux galactophores. Quels sont donc les agents infectieux et d'où viennent-ils ?

Le pus des différents cas de galactophorites qui ont été publiés a été examiné un certain nombre de fois. Nous-mêmes avons cultivé le pus de tous les cas que nous avons observés dans le service de M. Budin. Les micro-organismes ainsi isolés ont toujours été des staphylocoques dorés et blancs. Ces microbes existent du reste à l'état normal dans les conduits galactophores, et si l'on veut avoir du lait stérile, il faut avoir soin de tirer une assez grande quantité de lait pour entraîner au passage les microbes qui sont contenus dans ces canaux. Il est possible que sous l'influence d'un mauvais état général, ces microbes, jusqu'alors innocents, puissent acquérir une virulence spéciale. Il est plus probable que les excoria-

FEUILLETON

Des Plaintes et une Histoire.

De quoi gémirons-nous ensemble, cher confrère? et quel ennemi allons-nous choisir pour le vouer aux dieux infernaux? Car les sujets de lamentations ne nous manquent pas, ni les objets de rancune.

Voyez plutôt.

Voici le Président qui, se disposant à honorer de sa visite la seconde ville de France, n'y trouve rien qui soit digne de son attention en dehors des Facultés de lettres et de droit. Il y a là, cependant, une école toute jeune d'existence, mais vieille par les traditions et la gloire de tout un siècle qu'elle a reçues en dot à son berceau, grande par l'importance et la noble élévation des services qu'elle est appelée à rendre et qui, née d'hier, a déjà vu l'un des siens donner sa vie pour la patrie. Elle est à la fois une école de science, d'abnégation, de dévouement et d'honneur. Cette école, le regretté M. Carnot devait l'inaugurer solennellement lors du voyage qu'interrompit le poignard d'un bravo d'outre-monts. Il avait jugé que la présence du chef de l'Etat n'était pour elle ni une trop haute récompense du passé ni un trop haut encouragement de l'avenir. Et l'on était en droit de penser que les raisons qui avaient alors déterminé la décision de son prédécesseur n'avaient rien perdu aujourd'hui de leur valeur, et que le président actuel aurait même trouvé, comme en l'accomplissement de quelque volonté dernière nettement exprimée d'un mourant, un motif de plus pour s'acquitter de ce legs, charge bien légère d'une riche et inopinée succession. Il paraît qu'il n'en sera rien. Il n'a été aucunement question, dans les conventions préliminaires du voyage de M. F. Faure, d'une visite à l'Ecole de santé militaire de Lyon. Cette marque de sympathie, cette preuve d'estime, sera refusée aux jeunes hommes dont on attend plus tard tant d'efforts, tant de peines et tant de sacrifices. Et si l'on dit que c'est pur oubli, je répondrai bien haut qu'en un tel oubli il n'y a de l'honneur pour aucun de ceux qui s'en rendent coupables. Car le ministre de la Guerre, dont la

tions produites sur le mamelon pendant la succion servent de porte d'entrée à ces micro-organismes. Mais, le plus souvent, ces germes viennent du debors, apportés soit par le nouveau-né, soit par l'entourage de la malade. La bouche de l'enfant contient en effet un grand nombre de microbes, parmi lesquels on trouve des staphylococques. Les suppurations que l'on rencontre chez le nouveau-né (conjonctivité purulente, tournioles, coryza), peuvent également devenir le point de départ de l'infection.

La mère elle-même peut s'infecter le sein en portant sur le mamelon ses doigts souillés par les lochies.

Enfin, la sage-femme ou le médecin pourront devenir la cause de l'infection, si leurs mains ne sont pas tenues aseptiques.

Symptômes. — L'affection apparait le plus souvent vers le huitième ou dixième jour après l'accouchement, chez une femme qui nourrit. Elle débute presque toujours incidemment, ce qui fait qu'elle passe souvent inaperçue dans les premiers jours. Cependant on peut arriver à la dépister dès sa naissance en examinant méthodiquement les femmes dans leurs suites de couches.

Le plus souvent, le premier symptôme observé est l'élévation de température. Le thermomètre marque 38°, 38°,5, 39°, très rarement au-dessus de 39°. Le pouls est aux environs de 100. En même temps surviennent des signes généraux qui accompagnent toute élévation de température. La malade se plaint de céphalalgie, d'inappétence, de malaises, etc... Ces symptômes généraux peuvent précéder de quelques heures ou même d'un jour les signes locaux. Ceux-ci consistent en phénomènes douloureux limités au sein malade. Cette douleur est modérée.

C'est une sensation de pesanteur et de lourdeur. Elle est exagérée par les mouvements du bras et pendant la succion de l'enfant. Cependant les malades sont ordinairement soulagées après la tétée. Dans certains cas, la douleur est extrêmement vive, elle est lancinante et s'exagère par le moindre mouvement; aussi la malade fait tout son possible pour immobiliser son sein.

Si l'on examine la région malade, on voit que le sein est généralement augmenté de volume, quelquefois il est asymétrique. La peau conserve sa couleur normale, à moins qu'il n'y ait complication de lymphangite.

La palpation est généralement douloureuse. Elle doit se faire avec la main placée à plat. On sent alors que la mamelle est tendue, surtout en certains points où l'on rencontre des noyaux indurés. Ces noyaux ont un siége variable. Parfois on n'en trouve qu'un isolé plus ou moins éloigné du mamelon, d'autrefois ils sont disséminés dans la glande au nombre de trois ou quatre. Plus ils sont rapprochés de la périphérie de l'organe et plus ils sont douloureux à la pression.

Jusqu'à présent, ces signes ne sont pas bien caractéristiques; mais si l'on cherche à faire jaillir le lait, on voit sortir du pus par les canaux galactophores. C'est le signe pathognomonique de l'affection.

M. Budin a insisté sur les caractères de ce pus. Tout d'abord, c'est du lait pur qui sort du mamelon, puis on aperçoit au niveau d'un ou plusieurs conduits galactophores une matière jaunâtre épaisse, ressemblant à du vermicelle. C'est le pus épaissi qui se trouve à l'entrée du canal. Si l'on continue à presser, on voit alors sortir du pus véritable. Ce liquide est très différent du lait. Il est jaune ou verdâtre, plus ou moins fluide, et tranche par sa coloration sur le lait au milieu duquel il nage.

---

bienveillance pour le corps de santé de l'armée est en passe de devenir proverbiale, n'est pas seul responsable de l'injure gratuite qui va lui être faite. D'autant qu'il a d'autres moyens, moins blessants mais plus cruels, de faire voir à cette engeance le cas qu'il fait d'elle.

Une nouvelle et toute récente occasion lui a été fournie de témoigner publiquement l'intérêt qu'il lui porte C'est au sujet de l'organisation de l'armée coloniale. M. Cavaignac avait obtenu que les dépenses militaires inscrites au budget de la marine et à celui des colonies seraient, sans aucune exception, rattachées au budget de l'armée coloniale. Ces dépenses comprenant les troupes de la marine et les hôpitaux, M. Cavaignac devenait propriétaire — n'est-ce pas le mot qui convient? — des médecins coloniaux, au nombre de trois cents environ, et de la centaine de médecins de marine spécialement affectés à l'infanterie et l'artillerie de marine.

Ces quatre cents docteurs, déjà très insuffisants pour leur service actuel, allaient avoir à assurer, en plus, le service des troupes et des hôpitaux en Algérie. Ils sont à ce point insuffisants, que le corps des colonies, né avant terme et qu'on n'a pu encore sortir de la couveuse, est obligé d'emprunter chaque année à la marine quelque cent cinquante médecins *destinés aux plus mauvaises colonies*, celles d'où il y a plus d'hépatites et de fièvres que de récompenses ou de piastres à rapporter.

Et, à ce propos, qu'on me permette une petite anecdote bien caractéristique. Il y a bientôt dix-huit mois, le ministre des Colonies demanda à son collègue de la Marine un tout petit lot de cinq médecins de première classe pour ce délicieux pays qu'est le Soudan. A l'inverse de la fourmi, la Marine est très prêteuse (quand il s'agit des médecins). Elle se garda bien d'envoyer danser la cigale, et, en moins de temps qu'il ne faut pour l'écrire, cinq malheureux médecins de la flotte recevaient l'ordre de boucler leurs malles pour l'Eden enchanteur. L'un d'eux regimba. Sans trop d'espoir qu'elle fût accueillie, il présenta une réclamation fort bien argumentée en droit, par laquelle il demandait que les Colonies voulussent bien envoyer à sa place, dans le paradis africain, un des nombreux médecins qu'elle entretient, non à ses frais, dans les inutiles postes jamais vacants de nos grands ports de commerce, et qu'on utilisât

Tandis que le lait coule très facilement, le pus est plus adhérent et ne s'écoule que lorsque la goutte est suffisamment pesante pour être entraînée par son propre poids. Enfin, si l'on a soin de recueillir le liquide sortant du sein sur du coton hydrophile, on voit le lait pénétrer dans le coton, tandis que le pus ne peut filtrer à travers l'ouate et forme une goutte verdâtre dont la saillie est bien nette.

La quantité de pus retirée est variable. Le plus souvent on peut en recueillir une cuillerée à café; quelquefois beaucoup plus, une cuillerée à soupe, par exemple. Cette expression du pus est ordinairement douloureuse, mais elle est supportable. Disons, en terminant, que les ganglions axilaires ne sont pas engorgés.

La marche de la galactophorite dépend surtout du traitement. Si l'on a soin de faire l'expression du pus deux ou trois fois par jour, la guérison ne tarde pas à venir. Le sein diminue de volume, la douleur disparaît, les signes généraux s'améliorent et tout rentre dans l'ordre au bout de deux ou trois jours. Si au contraire l'affection n'est pas reconnue et si on laisse séjourner le pus dans le lobule atteint, la douleur augmente, la fièvre continue, les signes locaux deviennent plus prononcés et au bout de quelques jours on a tous les signes des abcès du sein, le pus ayant filtré dans le tissu cellulaire péri-acineux.

Le pronostic de la galactophorite bien soignée est très peu grave, puisque d'après Budin on obtiendrait neuf fois sur dix la guérison en deux ou trois jours. Si au contraire l'affection est méconnue, il se produira autant d'abcès que de lobules atteints.

Si l'affection est peu grave pour la mère, il n'en est pas de même pour le nouveau-né si le médecin n'a pas eu le soin d'empêcher l'allaitement du côté malade.

En effet, comme nous le verrons plus tard, le pus avalé par l'enfant peut devenir la source d'infections graves et souvent mortelles.

Le diagnostic de la galactophorite est généralement facile.

La présence du pus dans le lait permet en effet d'affirmer l'inflammation des conduits lactifères. Quand une femme, récemment accouchée, a une température de 38° et au-dessus, et que rien dans l'état des organes génitaux ne peut expliquer la fièvre, on doit immédiatement examiner les seins de la malade. L'engorgement laiteux se voit dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent l'accouchement; la fièvre est nulle le plus souvent. La lymphangite superficielle se reconnaît à la rougeur diffuse du sein; on peut suivre les travées lymphatiques à la surface de l'organe. De plus, la température monte généralement brusquement au-dessus de 39 degrés. La lymphangite profonde est plus difficile a reconnaitre, mais on peut suivre avec le doigt les cordons durs formés par les vaisseaux lymphatiques enflammés. Dans ces deux sortes de lymphangites, les ganglions de l'aisselle sont douloureux et hypertrophiés.

Les abcès sont ordinairement faciles à diagnostiquer. Il se forme au niveau de la peau un empâtement profond. La douleur est vive et lancinante. La surface cutanée est rouge et infiltrée. Quand l'abcès est collecté, on sent le pus qui vient faire saillie en un point. Si l'on enfonce le doigt à ce niveau, on sent une dépression formée par le trajet purulent.

Complications. — Nous avons déjà signalé quelles étaient les complications qui pouvaient survenir du côté de la mère. En premier lieu, il faut citer les abcès glandulaires, dont la pathogénie est très facile à expliquer par infection ascendante.

ses services à lui, dans le port où, pour une fois, une vavance serait ainsi créée. Il poussait la discrétion jusqu'à faire litière de ses préférences pour tel ou tel point. Nantes, Marseille, Bordeaux ou le Havre; il acceptait l'un ou l'autre les yeux fermés.

Sa demande fut arrêtée par un préfet maritime, qui refusa de la transmettre au ministre, sous le fallacieux prétexte qu'elle était trop ironique. Ironique, incontestablement, mais combien plus légitime encore !

Donc M. Cavaignac ne pouvant assurer un service devenu plus lourd avec un personnel devenu plus léger, lança une circulaire pour faire appel aux médecins de l'armée qui désireraient servir aux colonies. Si cet appel n'était pas entendu (il ne l'avait pas été et ne pouvait pas l'être), le ministre aviserait. Or, nous savons de quoi il retourne pour nous quand les ministres avisent. Dans l'espèce, c'était probablement le choix laissé à nos confrères entre l'acceptation forcée d'une désignation arbitraire ou la mise en non activité par suppression d'emploi.

Un scrupule du ministre des Colonies a fait échouer, pour un temps, cette combinaison aux douces perspectives. Mais il faut veiller au grain pour l'année prochaine, à moins que d'ici là :

> Mon Dieu! que j'en ai vu tomber de ministères!
> On ne fait que passer : ils sont déjà par terre.

Quoi qu'il en soit du résultat, l'intention ne perd rien de son mérite. Elle était à signaler; elle est à retenir : *Caveant consules!*

Et dire qu'il y a encore des gens pour se plaindre de l'instabilité des cabinets!

Mais voici qui n'est pas mal, dans un autre genre. Il s'agit de l'impôt sur le revenu appliqué à notre profession. Ce n'est pas le lieu de discuter ici les conditions générales de cet impôt. Je crois, à franchement parler, qu'il y aura un beaucoup plus grand nombre d'hommes à en bénéficier qu'il n'y en aura à en souffrir. Mais on peut bien dire, sans se faire flétrir de l'épithète bien oubliée de réactionnaire, qu'il y a revenu et revenu, qu'un abime sépare les revenus du capital des revenus du capital personnel, et c'est fausser dans son essence même, aussi bien que dans son application et dans ses résultats, le principe du nouvel

La lymphangite du sein peut également compliquer la galactophorite. Dans ce cas, la fièvre est plus intense, il existe de la rougeur du sein et la pression permet de faire sourdre du pus par le mamelon. Cette lymphango-galactophorite peut également guérir sans production d'abcès, mais le traitement est bien plus difficile à supporter pour la femme, car l'expression est beaucoup plus douloureuse.

Les conséquences de la galactophorite sont surtout graves pour le nouveau-né. En effet, celui-ci peut s'infecter de plusieurs façons. Le pus qui est contenu dans les conduits lactifères est avalé en même temps que le lait. Il en résulte des infections qui peuvent se faire au passage sur tout le trajet du tube digestif; les microbes peuvent même passer dans le sang et produire des suppurations à distance. A côté de ces infections de cause interne, il faut citer celles qui se font directement par contact du pus avec les téguments du nouveau-né. Celles-ci sont moins graves et moins fréquentes.

Toutes ces maladies, qui peuvent se produire si la galactophorite a été inconnue, ont été observées cliniquement. Karlinski même a pu les reproduire expérimentalement.

Nous n'insisterons pas sur ces affections du nouveau-né et nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Damourette, qui s'est inspiré des idées de MM. Budin et Boissard. Cet auteur a signalé des cas de stomatites diphtéroïdes à staphyloccoques, et des observations dans lesquelles on retrouve toutes les variétés de dyspepsie gastro-intestinale. Les symptômes de ces affections n'offrent rien de particulier, disons seulement que les troubles digestifs sont souvent très insidieux et que le seul signe de l'infection consiste en une chute rapide de la courbe de poids. Les petits malades n'assimilent pas, et il n'est pas rare de voir à la suite de cette déperdition rapide la production d'abcès multiples.

Ces suppurations multiples sont assez profondes. Elles évoluent sans réaction locale. Le pus est très épais, blanchâtre, ressemblant à de la matière caséeuse. Il contient toujours du staphyloccoque. Les suppurations superficielles ne sont pas dues à la même cause. C'est par inoculation directe qu'ils se produisent, le pus étant mis au contact de la peau. Ces petits abcès ont les caractères des abcès chauds; ils se succèdent à intervalles plus ou moins éloignés, et l'on peut en observer quinze à vingt pendant le mois qui suit l'infection,

Dans cet ordre de suppuration par inoculation directe, il faut ranger le pemphygus et la conjonctivite purulente, qui peuvent être dus aux micro-organismes contenus dans le pus du sein. Toutes ces infections sont plus ou moins graves, et quand les enfants guérissent, ils restent encore longtemps sous l'influence des toxines absorbées. Ils ont beaucoup de peine à rattraper la courbe normale d'alimentation.

Traitement. — La galactophorite provenant d'une infection dont le point de départ est l'orifice externe des conduits, on peut, dans une certaine mesure, empêcher sa production par des moyens prophylactiques. On devra recommander à la femme de toucher à ses seins le moins possible. Puis, avant et après chaque tétée, elle aura soin de se laver les mamelons avec de l'eau boriquée tiède. Enfin, l'on devra maintenir un petit pansement sur les seins. Si l'enfant présente une suppuration quelconque, et surtout de la conjonctivite, on devra isoler la région malade à l'aide d'un pansement protecteur.

Quand la galactophorite est reconnue, on devra avoir recours au traitement préconisé par M. Budin,

---

impôt, de n'admettre entre ces deux sources de profit d'autre différence que celle des chiffres.

S'il était une profession qui eût dû jouir de quelque immunité à cet égard, il est de toute évidence, et j'affirme, sans redouter qu'on ne me crie : « Vous êtes orfèvre, monsieur Josse », que c'est la nôtre.

La matière que nous mettons en œuvre n'est pas banale, je suppose : la peau de nos frères! La nature et les conditions de notre travail n'ont rien de particulièrement gai; le métier ne saurait être compté au nombre des plus salubres; la liberté qu'il nous laisse n'est certainement pas excessive; et si nous ne faisons pas toujours jouir, nous ne sommes pas non plus des jouisseurs.

Nous n'exploitons personne, pas même nos aides qui reçoivent, du secours qu'ils nous apportent, profit moral, intellectuel et pécuniaire. Quant aux clients, c'est comme à la foire, puisqu'on ne paie qu'après et seulement si l'on est content. Il est vrai qu'on l'est toujours, puisqu'à défaut de l'opéré guéri, ce sont ses héritiers qui nous honorent.

Nous ne faisons pas de réclame..... ou si peu! et nous n'avons pas besoin de demander qu'on nous envoie du monde, parce que c'est tout naturel et qu'il va de soi que c'est toujours sous-entendu.

Nul mauvais exemple ne vient de nous; nous prêchons, de paroles et d'actions, une morale à peu près parfaite, puisque, après tout, le plus souvent que nous soyons appelés à intervenir, c'est pour réparer les désastres dus à l'oubli de la saine conduite.

Nous ne sommes point des millionnaires, jamais mieux qu'en ce qui nous concerne, l'exception, sous ce rapport, n'a confirmé la règle. Et malgré cela, est-il une corporation qui sème les bienfaits et la charité à pleines mains, sans compter, autant que fait la nôtre? Et qui, je prie qu'on me le dise, souffrira surtout de la gêne ou tout au moins, du préjudice qui pourra nous être causé, qui? si ce n'est nos obligés de tous les jours, les souffrants et les pauvres? Qui? si ce n'est ces membres des sociétés de secours mutuels pour lesquels notre dévouement ne rougit pas d'accepter des rémunérations dérisoires? Qui? si ce n'est de malheureux syndiqués, auxquels nous faisons l'aumône de soins presque gratuits et auxquels nous ne pourrons plus la faire.

qui donne d'excellents résultats. Il consiste dans l'évacuation du pus à l'aide de l'expression digitale. Cette expression doit être faite d'une certaine manière.

Il faut d'abord commencer par vider les ampoules des canaux galactophores. Pour ce faire, on applique le pouce et l'index à la partie externe de l'aréole, puis on applique fortement *d'avant en arrière, de la superficie vers la profondeur*; on rapproche alors les deux doigts en continuant à presser jusqu'à l'extrémité du mamelon. On voit alors sortir le pus en même temps que le lait. On recommence la même manœuvre en différents points jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus de pus. Si l'infection a envahi un lobule, on devra exprimer celui-ci du dehors en dedans, de façon à ramener le pus dans le canal galactophore. On videra ensuite ce canal comme nous venons de l'indiquer. On lavera le sein après l'opération avec un liquide légèrement antiseptique, puis on comprimera la mamelle en la relevant fortement. Ce pansement a le double avantage d'agir sur la galactophorite et d'empêcher la femme de nourrir du côté malade. *Le nouveau-né ne doit en effet têter le sein malade sous aucun prétexte.* Le pansement sera retiré le soir pour refaire une seconde séance d'expression, et le traitement sera continué jusqu'à ce qu'il ne reste plus de pus dans la glande (deux ou trois jours en moyenne.) On fera bien d'attendre encore un jour ou deux avant de remettre l'enfant au sein.

S'il existe de la lymphangite en même temps, le traitement sera le même, mais il devient beaucoup plus douloureux. On fera bien, dans certains cas, de faire respirer quelques bouffées de chloroforme à la malade. La lymphangite sera traitée à part par des pulvérisations chaudes et des pansements humides. Si malgré l'expression il se forme un abcès, on le traitera chirurgicalement par l'incision large de la poche.

Le nouveau-né continuera à têter le côté sain. Si la quantité de lait est insuffisante, on pourra compléter l'alimentation à l'aide du lait stérilisé, jusqu'à ce que le sein malade ne contienne plus de pus.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Le bouton de Murphy, si discuté dans la thérapeutique gastro-intestinale, devait donner l'idée d'employer une méthode analogue pour d'autres organes, et c'est ainsi que le Dr Boari (de Ferrare) a imaginé un petit *bouton* destiné à établir une *greffe urétéro intestinale*.

Il est inutile de donner ici une description de ce nouveau modèle de bouton basé sur le même principe que celui de Murphy, quoiqu'en différant par la forme. On introduit toujours une des parties de ce petit appareil dans l'uretère et on l'y fixe à l'aide d'une suture; l'autre partie est fixée de même à l'intestin et les deux parties sont ensuite serrées l'une contre l'autre, de façon à ce que les parties cimentées se coagulent bien.

Du reste, tout ceci a peu d'importance, car il est plus important de discuter l'avantage de ce bouton. Disons d'abord qu'il n'a jamais été employé par son inventeur sur le vivant, mais que des expériences faites sur les chiens ont pleinement réussi et que le bouton a été éliminé du huitième au douzième jour.

Cette nouvelle thérapeutique des sections de l'uretère attire forcément l'attention sur l'utilité et

Il y a là un côté de la question qui a échappé aux novateurs. Ils n'ont pas tenu compte de tout ce qu'il se fait de bien par nous. Or, on se passe d'une robe de soie, d'un spectacle ou d'un meuble rare, mais on ne se passe pas d'être soulagé quand on souffre, soigné quand on est malade. « Et, en vérité, il y aura toujours des malades parmi vous. » Si le Christ n'a dit cela que des pauvres, c'est que pour les malades cela lui paraissait trop évident pour mériter qu'il l'affirmât.

Je passe sur les difficultés d'application du nouvel impôt à nos confrères des villes et surtout des campagnes. Elles sautent aux yeux ; mais ce n'est point à cause de cela que je le trouve mauvais. C'est que les miséreux en souffriront tout d'abord, et au-delà de ce qu'on suppose. Nous ne sommes pas assez bêtes pour faire les anges; n'étant pas des anges, il nous faut manger et nous vêtir, nourrir, vêtir et élever nos enfants.

Non, un impôt qui doit si lourdement frapper la profession démocratique par excellence qu'est la profession médicale, n'est pas un impôt démocratique, ou alors il est mal pondéré, trop hâtivement établi; il est à reprendre par la base.

Mais, c'est assez vitupérer pour une fois. Je veux vous conter maintenant un cas de morphinomanie vraiment curieux et rare. Je l'appris hier en une réunion de médecins où chacun apportait, à la conversation, son tribut de faits étranges, et je songeais quel poignant recueil d'histoires on ferait de celles que le dernier d'entre nous a pu connaître pendant un exercice de quelques années.

Celle-ci, d'ailleurs, n'a rien de lugubre ; ne vous disposez pas à sentir vibrer la corde de l'émotion, car il s'agit d'un confrère qui ne mourut que dans un âge avancé, après une honorable carrière, entouré de l'affection d'une charmante famille qu'il s'était créée.

C'était un petit homme sec, trapu et tout en muscles, un vrai taureau de la Camargue. Il était du Midi, au surplus, et en cette qualité, exubérant de vie, de gaité, d'entrain, haut de verbe et fréquent de gestes.

Encore en la prime jeunesse, ayant ambitionné la filière des concours, il avait expérimenté que Brown avait cent fois raison qui s'écriait en commençant un cours : « *Me-hercle opium non Sedat!* » et, pour se procurer le degré de surexcitation nerveuse nécessaire aux longues veillées

les avantages de la greffe intestinale. On sait qu'on a reproché à celle-ci de produire des infections ascendantes produisant des néphrites secondaires, et qu'à cause de cela beaucoup de chirurgiens l'ont abandonnée. Il est de plus préférable, semble-t-il, de réaliser autant que possible ce qui se passe sur le vivant et, par conséquent, de chercher à refaire l'abouchement de l'uretère dans la vessie, ainsi que l'a pratiqué notre ami Basy, et son exemple a été suivi depuis.

— Dans le *Lyon Médical* du 10 février dernier, nous lisons un travail du Dr Laguaite, intitulé : **De l'ablation de l'astragale comme complément à l'opération de Chopart pour produire l'équinisme du moignon.** On sait, en effet, que cette difformité est à craindre à la suite de l'amputation intratarsienne, à cause de la prédominance considérable du groupe des muscles postérieurs, qui sont extenseurs, sur le groupe des fléchisseurs, qui eux-mêmes ont perdu une partie de leur insertion. En diminuant la hauteur du pied par l'ablation de l'astragale on pare en effet à cet inconvénient.

Voici les conclusions de M. Laguaite sur ce nouveau procédé qu'il propose, mais qui n'a pas encore été réalisé sur le vivant :

« En résumé, l'ablation de l'astragale, ajoutée à l'opération de Chopart, empêche l'équinisme du moignon dans trois conditions :

« 1° Elle facilite la correction de la position du pied pendant la cicatrisation, en constituant une articulation momentanément ballante dont la forme est facilement modifiable à volonté ;

« 2° Elle s'oppose à la production de l'équinisme tardif, surtout en changeant la structure du pied, puisqu'elle substitue, comme base de la jambe, un socle osseux posé à plat sur le sol à une voûte boiteuse, et aussi en réprimant l'action prédominante des extenseurs par le raccourcissement du levier talonnier et par la création d'une symphyse tibiocalcanéenne solide et difficilement subluxable par l'action musculaire ;

« 3° Enfin elle permet, dans certains cas, de corriger l'équinisme préexistant. »

— Nous avons parlé à maintes reprises du traitement sanglant de la **luxation congénitale de la hanche.** M. Lorenz, dont nous avons cité les heureux résultats par cette méthode, ne trouve pas pourtant qu'elle doive être appliquée à tous les cas, et vient d'indiquer un *procédé non sanglant*. La méthode nouvelle a deux buts : 1° ramener la tête fémorale au niveau du cotyle (*réduction*), ce qui se fait par l'extension manuelle — ou à l'aide d'instruments — pratiquée sous l'anesthésie chloroformique; 2° faire pénétrer cette tête dans la cavité cotyloïde rudimentaire (*reposition*), résultat qui s'obtient au moyen de la flexion forcée amenant le relâchement de la capsule antérieure, et de l'abduction extrême faite en même temps que l'on pousse la tête fémorale vers le plan médian.

Au moment où se fait cette reposition, on entend un bruit et on sent un ressaut comme dans la réduction classique. Cette réduction forcée est tout d'abord instable, et par suite de la disproportion de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde, elle ne se maintient que grâce à une abduction plus ou moins considérable. Il reste alors à rendre stable cette réduction et capable de persister en toute attitude du membre. Cela s'obtient en agrandissant médiatement et immédiatement la cavité cotyloïde (*formation du cotyle*) : l'agrandissement immédiat de la cavité cotyloïdienne se fait par l'élargissement de sa paroi

---

d'études, il prenait du laudanum comme d'autres prennent du café.

La période des concours est longue. Bien avant qu'il ne l'eût parcourue ou qu'il y eût renoncé, je ne sais lequel, il s'était fait du vin de Sydenham une habitude plus tyrannique que celle du tabac ou de l'alcool. Il ne pouvait plus s'en passer, et usa de l'opium sous toutes les formes pendant toute sa vie. Il avait commencé par quelques gouttes, il en vint promptement à la cuiller à café, puis à la grande cuiller. Il alla plus loin et faillit un jour tuer de peur un pharmacien.

Il était entré dans une officine où on ne le connaissait pas : « Monsieur, dit-il au pharmacien, voulez-vous me donner soixante grammes de laudanum. Oh! ajouta-t-il, à un sursaut de son interlocuteur, soyez tranquille, je suis médecin et ce que je vous demande est pour mon usage personnel ». La quantité voulue fut pesée, et quand il eut la fiole : « Vous demanderai-je un service? je meurs de soif; vous seriez mille fois aimable de me faire donner un verre d'eau ». En un clin d'œil, dès que le verre d'eau fut apporté, il y versa la moitié du flacon et avala le tout d'un trait. Affolé de terreur et de colère, le pharmacien s'était précipité sur lui, le saisissant aux revers de son habit : « C'est une infamie, hurlait il, de venir faire une chose pareille ici; on se tue chez soi, monsieur; vous êtes un misérable. . »

L'autre, très calme : « Apaisez-vous, je vous en conjure ; je n'ai nul dessein de vous attirer des ennuis, encore moins de quitter la vie que je trouve fort bonne. Je viens tout simplement de prendre ma dose quotidienne d'un médicament auquel je suis fait depuis longtemps ».

Et il sortit laissant le pauvre diable vert d'émotion et loin d'être remis d'une aussi chaude alarme.

Le lendemain, au café, il racontait à l'un de ses camarades son aventure de la veille. Et, comme on se montrait incrédule, il prit dans sa poche la fiole contenant les trente autres grammes, et, avec la placidité d'un homme qui va faire un acte habituel et tout simple : « Cher ami, sous quelques minutes ce sera l'heure de ma dose — tu peux voir que j'ai déjà quelques pandiculations, un peu d'énervement, — je la prendrai devant toi ». Il le fit comme il avait dit. Son ami, fort inquiet, refusa de le quitter de toute

fibreuse antérieure au moyen de l'extension forcée du membre; l'agrandissement médiat est dû à la compression de la tête contre le cotyle, par suite de la tension des parties molles (trop courtes depuis le changement de la situation de la tête fémorale) et par suite du maintien prolongé de la tête fémorale dans le cotyle rudimentaire qui, avec le temps, finit par constituer une solide boîte osseuse. Enfin, pour rendre stable la réduction obtenue, il importe surtout de faire intervenir le poids du corps comme moyen de contention de la tête fémorale : ceci s'obtient en plaçant et en maintenant le membre inférieur dans une situation d'abduction telle qu'elle suffise à maintenir cette stabilité; petit à petit on diminue le degré d'abduction, à mesure que les surfaces articulaires deviennent capables de conserver les rapports voulus tout en soutenant le poids du corps. De cette façon, on rend la réduction persistante sans suspendre les fonctions du membre, et, de plus, on fait intervenir le poids du corps comme moyen de contention.

Le poids du corps tassant aussi le cotyle, contribue à le mouler sur la tête et par conséquent à assurer la contention de celle-ci. C'est là le côté vraiment nouveau de la méthode de Lorenz; mais il faut le dire, elle demande l'application d'appareils difficiles à poser et la surveillance absolue du malade.

— On a à peu près employé toutes les substances pour le traitement de l'**hydrocèle de la tunique vaginale**. M. P. Tikhoff a repris celui indiqué par Levis, à l'aide des injections d'acide phénique, et nous donne des résultats satisfaisants.

La technique est des plus simples. On ponctionne et on irrigue la vaginale avec une solution phéniquée faible (3 %). On injecte ensuite lentement 6 à 20 grammes d'une solution alcoolique forte d'acide phénique; le trocart enlevé doucement, on couvre l'orifice avec du collodion. L'opération est indolore et ne demande que une à deux minutes; la guérison est obtenue au bout de deux à quatre semaines.

Les complications sont rares; elles consistent en phénomènes d'intoxication aiguë et abcès du scrotum. L'intoxication n'a été observée qu'une fois sur vingt-sept cas. Cette complication survient si l'acide phénique tombe dans le tissu cellulaire (au moment où l'on retire le trocart). Il faut alors ouvrir le sac et le vider. L'abcès du scrotum a été observé une fois.

Sur vingt-sept cas observés par P. Tikhoff dans le service du professeur Rasoumovsky, il y eut huit récidives, et dans quatre de ces huit cas, on répéta l'injection.

La guérison a été obtenue par l'injection phéniquée dans quatre-vingt-deux cas pour cent, dont soixante-huit pour cent après une seule injection.

Voici les conclusions de l'auteur : *a*) Le procédé de Levis se recommande par sa facilité d'exécution; *b*) il n'est pas tout à fait inoffensif, puisqu'il peut donner lieu à l'intoxication; *c*) il donne surtout de bons résultats pour les hydrocèles peu volumineuses; en cas d'hydrocèle d'un certain volume, il ne réussit pas toujours et encore moins dans les hydrocèles très volumineuses; *d*) en cas de récidive, le mieux est de recourir à la méthode sanglante.

Nous répéterons ce que nous avons déjà dit plusieurs fois, que la bonne teinture d'iode nous paraît encore préférable.

— Un autre chirurgien russe, M. Pebroff, nous donne dans un des derniers numéros du *Wratèh* (1825), un travail sur le **traitement des angiomes par l'électrolyse**. Il a traité soixante-dix malades de cette façon, et sur ce nombre, une grande

---

la soirée. Il s'attendait à tout moment à l'explosion des plus graves accidents. Il n'en fut rien, tout au contraire; quelques minutes s'étaient à peine écoulées, que notre confrère au laudanum était devenu le plus gai et le plus brillant causeur, étincelant d'esprit, surprenant de verve. « Rarement, disait plus tard, le camarade qu'il avait inquiété un instant, je n'ai éprouvé plus vive jouissance que dans cette conversation merveilleuse, éblouissante ».

Notre homme, il faut le dire, était une de ces natures exceptionnellement douées qui mènent de front les lettres, les arts et les sciences. Il était un médecin très instruit, un fort agréable musicien, brossait, non sans charme, un paysage et troussait un dessin ou lavait une aquarelle avec infiniment de bonne humeur et de chic.

Plus tard, il courut un peu le monde et se faisait expédier, en ses exotiques résidences, par un ami sûr, celui-là même qui m'a raconté ces détails, de la morphine par colis de 500, 1,000 et 1,500 grammes. Car il avait abandonné le laudanum comme trop massif. Cela faisait, disait-il, trop d'alcool à absorber. Il avait passé par l'extrait d'opium et s'était définitivement arrêté à la morphine. Mais jamais il ne la prit en injections. Il resta fidèle à la voie stomacale et peut-être, en outre d'une immunité ou d'une idiosynchrosie très spéciales, dût-il à ce mode d'absorption du poison d'être préservé de ses effets funestes. Les doses, en effet, étaient devenues formidables. Il en était arrivé (et de cette affirmation le caractère et la situation de celui qui la garantissait ne me permettent pas de douter), il en était arrivé à absorber d'un seul coup *3 grammes* de chlorhydrate.

« Combien de fois, ajoutait le narrateur, ne lui ai-je pas fait les reproches les plus virulents! Hé quoi! misérable, chenapan! lui écrivait-il une fois, en lui adressant un de ses énormes envois du doux poison, tu ne songes donc pas de quelle somme tu grèves le budget de ta famille et que le prix de ton vice ne représente pas moins de trois ou quatre barriques d'un bon vin généreux dont tes enfants se trouveraient bien? » Il répondait : « Je sais que je suis un gredin, mais je ne peux pas. N'oublie pas, au prochain départ, de m'en faire tenir 1,800 grammes ».

Il était marié en effet, et de jolis enfants, deux filles, je crois, et un garçon, lui étaient nés. Sa femme et sa belle-

quantité âgés de trois à six mois, et a noté la prédominance des angiomes dans le sexe féminin.

Il a employé un courant variant de 5 à 30 milliampères. Voici les indications qu'il nous donne :

1° Dans les angiomes plats du visage et des muqueuses, s'ils se trouvent près des orifices naturels où la cicatrice peut produire des rétrécissements, il faut préférer l'électrolyse à toute autre méthode, elle conserve mieux l'aspect extérieur des tissus. Ceci s'applique aussi aux cas où l'excision est impossible à cause du volume des angiomes ;

2° Dans les angiomes caverneux de volume moyen on emploiera l'électrolyse, ou l'excision suivant le cas. S'ils sont assez petits pour être détruits en une ou deux séances, on aura recours à l'électrolyse. Si au contraire ils sont volumineux et siègent sur des régions où la peau est mobile (comme le tronc, les extrémités), il vaudra mieux les exciser ;

3° Enfin, si on a affaire à des angiomes de volume considérable, siégeant sur des régions où l'excision est impossible, comme par exemple sur le cou, la langue, Pebroff est d'avis de ne pas refuser au malade une intervention, cette intervention ne pourra être que l'électrolyse.

L'électrolyse est douloureuse, c'est un inconvénient, mais on peut anesthésier localement les parties soit avec le chlorure d'éthyle, soit avec l'éther ; mais quand l'application est délicate et très douloureuse, il faut avoir recours à l'anesthésie générale, et deux fois M. Pebroff dut l'employer.

Il faut aussi un temps assez long pour arriver à un résultat, et par conséquent ce traitement exige plusieurs séances.

— Terminons par un cas de **résection de l'œsophage pour cancer** (*Beitrage Z. Clin. Chir.*, XIV, 3).

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, dont la déglutition œsophagienne était gênée depuis neuf ans et qui, depuis trois ans, ne pouvait plus avaler d'aliments solides. Le cathétérisme œsophagien révélait un rétrécissement siégeant à 17 centimètres en arrière des dents, au niveau du cartilage cricoïde. Les sondes les plus fines ne la franchissent pas.

M. Czerni ouvrit l'œsophage au-dessus de ce point, put reconnaître la lumière du rétrécissement et en excisa une petite portion dont l'examen histologique démontra la nature cancéreuse. Six jours plus tard, il se décida à extirper toute la masse. L'opération fut faite du côté de la colonne vertébrale, assez difficile du côté opposé.

La suture circulaire de l'extrémité inférieure du pharynx avec la partie supérieure de l'œsophage étant rendue impossible par la grande distance qui séparait ces deux points, on fit seulement deux points de suture au catgut. Sonde à demeure introduite dans la bouche. Tamponnement de la plaie avec de la gaze iodoformée.

Après cinquante-trois jours, l'opérée quittait l'hôpital, pouvant se nourrir sans sonde ; mais on devait remettre la sonde après le repas pour éviter le rétrécissement cicatriciel.

BULLETIN

On a souvent et beaucoup parlé, à tort ou à raison, de la suppression des concours dans le corps des hôpitaux de Paris; mais, quoi qu'il en soit, leur nombre augmente chaque jour, et les juges commencent à trouver que cette corvée (car, il faut le dire franchement, c'en est une) se représente un peu trop souvent.

sœur, au courant de ses habitudes, essayaient doucement de les réprimer, de les canaliser, et lui feignait de se soumettre. Elles, qui l'aimaient profondément, n'avaient qu'un souci : que sa santé s'altérât ; lui, qui les adorait, n'avait qu'une crainte : leur causer le moindre chagrin. Et il acceptait de n'emporter avec lui, quand il sortait, que quatre ou cinq petits paquets de 15 centigrammes que les deux femmes pesaient avec une scrupuleuse minutie, des effrois de se tromper, et des soins infinis. On nouait chaque paquet d'un joli ruban, pour qu'un peu de cette coquetterie lui rappelât quels cœurs veillaient sur lui et que la privation qu'on lui imposait lui fût moins dure à subir, étant subie pour tant d'amour.

Et une conspiration aussi fut ourdie autour de la femme et de la sœur ! Lui et ceux de ses amis qui connurent sa passion ne trahirent jamais le secret. Et elles ne surent pas, tant qu'il vécut, elles ne surent pas même, quand elles l'eurent perdu, combien elles étaient loin de compter avec leurs petits paquets et combien et comment il les trompait.

Il avait une large tabatière d'or, exquis travail de quelque ciseleur hindou, dont un riche malade autrefois lui avait fait présent à Chandernagor. Et dans cette boite, toujours garnie de la dangereuse poudre, il puisait à même de grosses pincées de morphine, et les avalait, sans plus, avec délices.

Et dans l'illusion tout heureuse d'un amendement accepté pour elles, où vécurent ces deux femmes si bonnes, la nature aussi fut complice, puisque j'ai dit que la vigoureuse consitution de cet extraordinaire morphinomane résista à de telles habitudes et parut à peine en souffrir.

***

Sérum antivenimeux. — Le *British medical Journal* annonce qu'une provision de sérum antivenimeux du Dr Calmette ayant été envoyé de l'Institut Pasteur au Dr Hankin, directeur du laboratoire bactériologique d'Agra, l'emploi de ce sérum a été expérimenté avec succès. Un indigène, mordu par un cobra, a été guéri par le sérum, et nombre de moutons empoisonnés par le venin de serpent ont été préservés de la mort par ce moyen.

En effet, à peine un concours pour trois places de médecins pour les hôpitaux est-il terminé, qu'un autre commence! Il faut trois jurys par an pour suffire aux exigences de ces nominations. En chirurgie, la situation est encore plus tendue, puisqu'il faut, à l'heure actuelle, choisir deux jurys parmi les chirurgiens, beaucoup moins nombreux que les médecins.

Ajoutez à cela la réforme des concours de l'internat et de l'externat qui, de sept membres, porte le jury à dix, le concours pour l'adjuvat de Clamart, et on pourra se rendre compte que le tour de corvée revient un peu trop souvent.

Y aurait-il un moyen de soulager le corps des chirurgiens, par exemple, qui se plaint, à juste titre, du temps que les examens lui font perdre? Nous le pensons, et la mesure que nous allons proposer et qui, du reste, n'est qu'une idée déjà souvent émise, nous paraît de mesure à être sérieusement discutée, d'autant qu'en ce qui concerne les médecins, elle répondrait plus au but qu'on se proposait autrefois.

On sait qu'à l'heure actuelle, seuls font partie des jurys les titulaires des hôpitaux. Il faut être placé pour être tiré au sort comme juge dans un concours de ce qu'on appelait autrefois le Bureau central.

Quand on l'a prise, cette mesure était destinée à empêcher un candidat arrivé de juger le camarade avec lequel il avait concouru, et comme à cette époque peu lointaine, du reste, médecins et chirurgiens n'étaient placés qu'au bout d'un certain nombre d'années, il s'ensuivait que le résultat désiré était obtenu.

Aujourd'hui les choses ne se passent pas de la même façon. Tandis que le médecin est placé au bout de deux à trois ans, le chirurgien attend sept à huit ans un service de titulaire, d'où possibilité pour le premier d'avoir à juger un camarade avec lequel il a concouru, et impossibilité, pour le second, de soulager les titulaires, trop souvent appelés, comme nous l'avons dit plus haut, à faire partie d'un jury.

Ne serait-il pas plus équitable de fixer une date, de ne plus se baser sur la nomination au titulariat, nomination essentiellement variable, et de dire, par exemple, qu'au bout de cinq ou six ans les médecins et chirurgiens des hôpitaux pourront faire partie des concours destinés à nommer leurs pairs?

C'est une opinion qui n'est pas neuve, mais qui nous paraît devoir être prise en considération.

Legs aux hôpitaux d'Angoulême.

M. de Chenensac, ancien maire d'Angoulême en 1848, mort récemment, a légué à l'hôpital d'Angoulême 50,000 francs. Ce legs est fait à la condition d'entretenir dans une salle de l'hôpital, qui portera le nom de Chenensac, un nombre de lits de malades en rapport avec l'importance du legs.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1896

M. FERRAND lit, au nom de M. PISE (de Montélimar), un rapport préconisant les *badigeonnages de gaïacol* avant l'application des pointes de feu.

Il suffit d'appliquer sur la peau une compresse imbibée de gaïacol pendant cinq à dix minutes. On recouvre la compresse avec un taffetas ciré pour empêcher l'évaporation. La région devient suffisamment insensible pour qu'on puisse y placer des pointes de feu sans douleur. La quantité de gaïacol employé ne devra pas dépasser 4 grammes.

— M. GAILLARD. — *Traitement de quelques céphalées rebelles par le calomel.* On rencontre quelquefois des personnes qui se plaignent d'un perpétuel mal de tête. Ce mal de tête ne doit pas être confondu avec la migraine. Il est continu; s'il y a des exacerbations paraxotiques, c'est sans vertiges, sans nausées, sans vomissements. Il se localise généralement au front, rarement aux tempes, au vertex, à l'occiput; pas de point douloureux au niveau de l'émergence des nerfs crâniens. Il ne trouble pas le sommeil de la nuit; c'est un des caractères qui le distinguent de la céphalée syphilitique.

Lorsqu'on en recherche les causes, on ne parvient à le rattacher à aucune lésion nettement déterminée. On remarque seulement que, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, il est généralement en relation avec la neurasthénie. A côté de ces céphalées persistantes des neurasthéniques, il existe une série de céphalées dont la pathogénie demeure inconnue, et qui ne cèdent pas aux médicaments analgésiques. Le calomel a réussi dans un certain nombre de cas. Il doit être prescrit à la dose de 10 centigrammes par jour pendant six jours. Chacune des doses doit être prise le matin à jeun. On doit surveiller attentivement la bouche. Lorsque la première cure ne donne pas de résultat, on doit essayer une seconde fois après quelques semaines de repos. Si la seconde cure échoue, il est inutile d'insister davantage.

— M. STRAUSS communique un travail de MM. GRASSET et VEDEL sur l'*importance de la tuberculine au point de vue du diagnostic de la tuberculose.* C'est surtout au début que ce moyen pourra devenir très important. C'est un moyen peu employé parce qu'il effraie les médecins. M. Strauss emploie cette substance à la dose de 0,01 centigramme. On peut l'employer à des doses plus faibles. La dose utile paraît être de deux ou trois dixièmes de milligramme pour une première injection et de cinq dixièmes de milligramme pour une seconde. On emploie la solution en injections hypodermique et l'on prend la température deux ou trois fois par jour pendant deux ou trois jours. Les auteurs publient treize observations pendant lesquelles ils n'ont observé aucun accident. La réaction est plus ou moins vive et permet de reconnaître une tuberculose au début, même quand on ne trouve pas de bacilles dans les crachats.

— M. WEBER lit un rapport sur le même sujet en ce qui concerne les bovidées. La tuberculine permet de reconnaître la tuberculose chez les bœufs avant tout symptôme. 25 à 30 centigrammes de tuberculine produisent chez un bœuf tuberculeux une élévation thermique de 2° à 2°5. Cette élévation de température permet d'affirmer la tuberculose. Les animaux les plus malades réa-

gissent moins que ceux qui sont légèrement atteints. Comme l'emploi de la tuberculine ne rend pas tuberculeux et reste un moyen de diagnostic excellent, M. Weber propose à l'Académie de déclarer que les injections de tuberculine sont précieuses pour obtenir le diagnostic de la tuberculose et qu'il y a avantage à en répandre l'usage.

Les conclusions sont adoptées.

ÉLECTION D'UN MEMBRE DANS LA SECTION DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Votants : 82 — Majorité absolue : 42

Ont obtenu :
MM. Pozzi........... 54 voix. ÉLU.
Delorme .... 28 —

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1896

Traitement chirurgical de l'hallux valgus.

M. KIRMISSON présente un rapport sur une observation communiquée par M. Pierre Delbet, à propos d'un cas d'hallux valgus double, opéré chez une femme de trente-trois ans. Il existait au niveau de la saillie de la tête du métatarsien une bourse séreuse enflammée que M. Delbet a extirpée tout d'abord.

Après une résection partielle de la tête du métatarsien, la réduction ne put être obtenue, et il fallut fixer dans la partie interne de la plaie le tendon de l'extenseur du gros orteil, dont la rétraction s'opposait à la réduction. Cette fixation fut faite par une sorte de vaginoplastie, aux dépens du lambeau périostique, détaché pour la résection osseuse. L'opération fut faite des deux côtés en une seule séance, et la malade guérit sans incident. Le résultat définitif est très satisfaisant.

M. KIRMISSON dit, à ce propos, qu'il a pratiqué quelquefois la ténotomie pour détruire l'obstacle du redressement déterminé par la rétraction du tendon de l'extenseur du gros orteil, et qu'il n'a jamais eu qu'à se louer de cette manière de faire.

M. PARDES fait observer que l'obstacle au redressement ne siège peut-être pas autant, le plus souvent, dans l'extenseur du gros orteil que dans le tendon du chef interne du muscle pédieux.

M. REYNIER n'a pas pratiqué moins de vingt opérations pour hallux valgus depuis douze à quinze ans. L'ostéotomie simple, ou cunéiforme, lui paraît devoir être préférée à la résection articulaire, qui peut donner un ankylose.

M. FELIZET pense que, chez les enfants, il s'agit d'une disposition tout à fait analogue à ce que l'on rencontre dans le *genu valgum*, et qu'il suffit, d'ailleurs, dans la plupart des cas, d'opérer un simple redressement, sans opération sanglante.

M. SCHWARTZ, dans dix ou quinze cas d'hallux valgus, a fait tantôt la résection de la tête du métatarsien, tantôt l'ostéotomie cunéiforme ; jamais il n'a trouvé de rétraction tendineuse qui se soit opposée au redressement.

De la sérothérapie antitétanique préventive.

M. BAZY. — J'ai fait symptomatiquement, durant l'année dernière, dans mon service à Bicêtre, des injections de sérum antitétanique dans vingt-trois cas de plaies osseuses, sans observer un seul cas de tétanos, alors que, l'année précédente, je n'avais pas eu moins de quatre cas de tétanos terminés par la mort, malgré les injections de sérum. Les injections, qui étaient de 10 centimètres cubes, n'ont, en tout cas, jamais provoqué le moindre accident.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE cite un cas de guérison qui a coïncidé avec le traitement par les injections de sérum antitétanique, et M. BERGER fait observer, à ce propos, que c'est le seul cas connu en France, alors qu'à l'étranger, en Italie, notamment, et aussi en Angleterre, on a rapporté un certain nombre de succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1896

A propos de la question de l'*urobilinurie chez les tuberculeux*, soulevée par M. Hanot dans la dernière séance, M. HAYEM prend de nouveau la parole pour exposer les résultats que lui a donnés à ce point de vue l'examen des tuberculeux qu'il a actuellement dans son service. Or ces résultats ne modifient pas l'opinion antérieure de M. Hayem: l'urobilinurie n'est que rarement due à la tuberculose vulgaire ; elle s'explique le plus souvent soit par une évolution rapide de la tuberculose, soit par une complication hépatique. Cette urobilinurie disparaît souvent après quelques jours de régime hospitalier, du moins dans les formes peu graves de tuberculose.

M. Hayem soutient depuis longtemps la théorie de l'origine hépatique de l'urobiline. Il ne peut donc admettre, avec M. Hanot, que les lavements créosotés puissent faire disparaître l'urobiline des urines. La théorie de l'origine hépatique de l'urobiline est, d'ailleurs, d'après M. CHANTEMESSE, démontrée par ce fait que chez les animaux l'injection de fortes doses de toxines amène une urobilinurie intense, sans troubles digestifs; à l'autopsie on trouve le foie complètement dégénéré.

— M. MARIE présente ensuite un cas de *maladie de Recklinghausen*, syndrome clinique caractérisé par des taches pigmentaires, des petites tumeurs dermiques ou sous-dermiques, enfin de petits nœvi vasculaires.

Recklinghausen donnait à cette affection le nom de *neuro-fibromatose généralisée*. Or, dans aucune des petites tumeurs, M. Marie n'a pu trouver de fibres nerveuses; il s'agit donc de *fibromatose* et non de *neuro-fibromatose*.

M. MATHIEU a également observé un cas de maladie de Recklinhausen ; or ce malade avait un frère atteint de la même affection. Celle-ci serait donc une maladie familiale; cette notion importante a été déjà mise en relief.

— Au congrès de Lyon, en 1894, M. WEIL a signalé l'existence, à la suite de la *fièvre typhoïde infantile*, d'une *desquamation furpuracée, ou lamelleuse*, survenant au moment de la défervescence et durant plus ou moins longtemps.

Cette desquamation ne doit être rattachée ni à un érythème ni à la balnéation, car elle se produit en dehors de ces circonstances. M. Weil la rapprochait des alopécies et lésions unguéales, qui suivent souvent les grandes pyrexies.

M. COMBY a repris depuis un an, à Trousseau, l'étude de cette question. Cette desquamation qui, d'ailleurs, n'est pas spéciale à la fièvre typhoïde, mais peut s'observer dans d'autres affections : pneumonie, broncho-pneumonie, grippe, pleurésie, etc., cette desquamation occupe le cou, le tronc, les racines des membres, mais respecte les extrémités. Quant à sa pathogénie, elle semble très claire à M Comby : elle succéderait toujours à une poussée de sudamina et serait, par conséquent, en rapport avec l'intensité de cette poussée éruptive et le volume des éléments La valeur pronostique de cette desquamation est la même que celle des sudamina, qui impliquent un pronostic favorable.

— M. TALAMON ne peut laisser passer sans protestation la note communiquée par M. Dieulafoy dans l'avant dernière séance, sur la théorie pathogénique de l'appendicite.

Dans cette note, M. Dieulafoy avance que d'après les recherches auxquelles il s'est livré « il a pu édifier la théorie de l'appendicite par *cavité close* chez l'homme ».

Or, voici ce que disait M. Talamon, dès 1882, à la Société anatomique :

« Les scybales, engagées dans l'appendice par quelque contraction intempestive du cœcum y ont pénétré à frottement et se sont enclavées à la partie supérieure de l'étroit canal. De là, deux conséquences : d'une part, elles ont fermé à la manière d'un bouchon l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cœcum ; de l'autre, par suite de leur diamètre trois à quatre fois plus considérable que la lumière du canal, elles ont exercé une compression sur les parois de l'appendice et géné de toutes façons la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. L'oblitération de l'orifice supérieur a eu pour résultat l'accumulation des produits de sécrétion et la distension de l'appendice. Or à la surface de la muqueuse intestinale existent en permanence des germes de bactéries qui ne demandent qu'une occasion favorable pour se multiplier à l'infini. Quelle meilleure condition peut leur être fournie que cette stagnation subite d'un liquide alcalin et essentiellement fermentescible? Aussi les bactéries ont-elles pullulé dans l'appendice oblitéré et dilaté *comme dans un vase clos*.

« Mais ce n'est pas tout : cette pullulation n'aurait pas eu d'inconvénients immédiats si les parois de l'appendice avaient conservé leur vitalité normale. La résistance des éléments anatomiques vivants et bien nourris à la pénétration des bactéries est pour ainsi dire invincible. Mais cette bonne nutrition et par suite cette résistance sont exactement proportionnelles à l'activité de la circulation sanguine. Or, nous l'avons vu, les corps étrangers enclavés dans la lumière étroite de l'appendice comprimaient ses parois et entravaient la circulation de ses canaux vasculaires. La nutrition des éléments des diverses tuniques de l'intestin se trouvaient donc ralentie et leur résistance vitale affaiblie au minimum. Les bactéries, inoffensives à l'état normal et impuissantes contre des éléments sains, ont triomphé sans peine de ces éléments séparés de leur liquide nourricier, y ont pullulé de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice, et par deux points ont réussi enfin à faire irruption dans le péritoine dont elles ont provoqué l'inflammation générale. »

Telle est l'idée première de la théorie de l'appendicite par *cavité close*. Elle est suffisamment explicite, aussi bien au point de vue de la stagnation du liquide dans l'appendice dilaté et oblitéré qu'au point de vue du rôle acuf des microbes de l'intestin.

Cette idée, M. Talamon l'a reprise et développée en 1890 dans une série d'articles de la *Médecine moderne*, et en 1891 dans un travail sur *l'appendicite et la pérityphlite*, publié dans la Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Il a montré comment, suivant le degré de constriction exercée sur les parois, suivant la qualité des microbes emprisonnés dans l'appendice, suivant leur virulence, l'intensité du processus inflammatoire peut varier depuis la simple inflammation exsudative jusqu'à la perforation limitée et à la gangrène totale de l'appendice. Pour mieux préciser cette idée, M. Talamon a comparé les accidents de l'appendicite à ceux de la lithiase biliaire et, pour en montrer les analogies, il a créé le mot de *colique appendiculaire*.

En somme, cette théorie pathogénique est absolument analogue à celle que M. Dieulafoy, dans l'une des précédentes séances, disait avoir édifiée.

— MM. L. GUINON et BUREAU communiquent deux faits *d'abcès sous-cutanés à pneumocoques* survenus à la suite d'injections de caféine dans le cours de la pneumonie. On sait que des cas analogues ont été publiés récemment à la Société de Biologie par MM. Zuber et Méry.

— La Société médicale des Hôpitaux a rejeté la proposition que M. Gaucher lui avait faite d'entreprendre une enquête générale sur les accidents consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

M. DU CASTEL a présenté un homme de trente-sept ans qui. quinze ans auparavant, avait été atteint de syphilis. Actuellement, il est venu pour se faire traiter d'une tuméfaction considérable de toutes les gaines dorsales du poignet qui remonte, d'après son dire, à huit ans. Plusieurs des grosseurs, indolentes, avaient atteint le volume d'une pomme d'api. Elles ont beaucoup diminué sous l'influence du traitement. Il faut remarquer que le malade exerce une profession dans laquelle il y a à faire de fréquents mouvements de poignets.

— MM. TENNESSON et LEREDDE présentent un enfant de dix ans dont le corps est couvert de macules pigmentées. Abondantes surtout dans les régions de flexion. Elles sont survenues il y a six mois. Au microscope, on trouve des mastzellen nombreuses autour des vaisseaux. La pigmentation est due à l'existence dans les papilles de cellules chargées de granulations ocre.

Le diagnostic admis a été urticaire pigmentaire à début tardif, atypique. On notera l'absence de dermographisme, et histologiquement le peu d'abondance de mastzellen.

Mais déjà M. Besnier a admis la notion de l'urticaire pigmentaire à début tardif; au point de vue clinique, ce diagnostic est le seul qui puisse être porté. Au microscope, on ne relève entre le fait actuel et ceux de Unna, Raymond, etc., que des différences quantitatives et non qualitatives.

— MM. EMERY et SABOURAUD. — Un malade a eu, le 4 janvier, un rapprochement avec une femme ; non seulement il pratiqua le coït, mais de plus il donna à sa compagne des baisers intimes. Huit jours après se montraient, sur le bord libre du prépuce, deux chancres mous caractéristiques, en même temps que se produisait une adénopathie inguinale double. Simultanément, le malade voyait apparaître sur la face dorsale de la pointe de la langue, une petite fissure rouge non saignante, non douloureuse, qui s'accompagnait d'une adénopathie sous-maxillaire douloureuse du côté droit.

Le 14 janvier, la lésion linguale se présentait sous l'aspect d'une ulcération de 6 à 7 millimètres de diamètre, arrondie, à contours sinueux, à bords rouges, sans induration, taillés en biseau, décollés, limitant un fond d'aspect diphtéroïde. Cette lésion n'offrait en rien l'aspect d'un chancre mou. Cependant deux inoculations successives, pratiquées au bras gauche et au bras droit, donnèrent deux ulcérations que M. Fournier considéra comme chancreuses.

Les tumeurs ganglionnaires inguinales et sous-maxillaires augmentèrent rapidement de volume et se ramollirent ; une ponction évacuatrice fut pratiquée et elles disparurent ensuite rapidement.

Le 29 janvier, la cicatrisation des chancres de la verge était complète et l'ulcération linguale se distinguait à peine sur le fond rose de la muqueuse.

Les auteurs ont attiré spécialement l'attention sur trois points particuliers de l'observation. En premier lieu, les lésions de la verge et de la langue étaient absolument semblables et ont évolué de la même façon. En second lieu, tandis que dans le pus des ulcérations on trouvait le bacille de Ducret, dans les parois existaient la forme décrite par Unna. Enfin, le pus des bubons était amicrobien.

— M. Jullien a montré un homme âgé de quarante-cinq ans, qui porte, depuis trois ans, sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, une épaisse plaque blanche d'apparence porcelainique, longue de 4 centimètres, large de 1 1/2; cette plaque n'est pas douloureuse, et c'est à peine s'il y a un peu de gêne en parlant. Ce malade a eu peut-être la syphilis il y a vingt ans; il n'a jamais été buveur, mais a, autrefois, fumé énormément. C'est un dyspeptique de vieille date, avec vertiges, défaillance, agaraphobie. Ses urines contiennent des traces d'albumine et de sucre, de l'hémaphénie, de l'urohématine, de l'uroérythrine, de l'indican, de la bile; tous les composés minéraux et l'urée dépassent énormément, en vingt-quatre heures, la moyenne ordinaire. En résumé, insuffisance hépatique et fermentations intestinales excessives.

La bactériologie, dans les lésions de ce genre, est restée muette. Histologiquement, on a trouvé les altérations de l'hyperkératose, et Stansiale a montré qu'il y avait en outre, dans la leucoplasie, des éléments ovoïdes ou pyriformes semblables à ceux que l'on rencontre dans les dégénérescences épithéliomateuses.

Chez le malade de M. Jullien, tous les traitements ont échoué.

— MM. Legueu et L. Lévy ont employé l'airol dans le traitement de la blennorragie chez l'homme : les propriétés à la fois dessicantes et antiseptiques de ce dermatol autorisaient cette tentative.

Ils se sont servis d'une émulsion au dixième dans l'eau et la glycérine (glycérine, 15 grammes; eau, 5 grammes; airol, 2 grammes). Après lavage de l'urètre antérieur à l'eau boriquée, ils injectent dans le canal 2 centimètres cubes de l'émulsion d'airol; cette injection est répétée les jours suivants.

Quatre malades ont été traités de cette façon pour des écoulements à gonocoques, datant de trois mois, de deux mois, de cinq semaines, de quinze jours; un seul d'entre eux avait une urétrite secondaire polymicrobienne.

Ces quatre malades ont guéri après trois à cinq injections; l'injection détermine une certaine brûlure qui ne dure pas, et, dès le premier jour, les douleurs de la miction s'atténuent et l'écoulement diminue. Après quatre à cinq jours, il a complètement disparu.

Ces résultats ont été obtenus il y a un mois : depuis, les malades ont été revus et ils sont restés guéris.

— MM. Hallopeau et Prieur formulent ainsi qu'il suit les conclusions d'un travail *sur une variété de dermatite suppurative multiforme* :

« Ce type morbide est voisin de ceux qui sont englobés sous la dénomination feutive d'impétigo herpétiforme; il s'en distingue par les caractères spéciaux de son éruption, par son développement en dehors de la grossesse et par sa reproduction pendant de longues années sans altération grave de la santé générale. L'éruption y est d'emblée purulente. Elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant maints caractères de l'alphabet, depuis le C jusqu'à l'S, en passant par les grands points d'interrogation accolés dos à dos; le liquide ne renferme pas de microbes, ses cultures restent stériles si l'examen est pratiqué peu de temps après l'éruption. Cette dermatite est liée, suivant toute vraisemblance, au développement de toxines pyogènes; elle se distingue de la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique, par ce fait que les poussées éruptives y sont généralisées et qu'il s'agit par conséquent d'une maladie de cause interne; elle se distingue de la forme suppurative de la dermatite herpétiforme de Duhring par le caractère primitivement purulent des éléments éruptifs, ainsi que l'absence de cellules éosinophiles et de microbes pyogènes; l'endocarde peut y être lésé. M. Vandam vient de confirmer, par un autre procédé, la découverte faite par M. Tête, d'alcaloïdes représentant des leucomaines dans l'urine d'un malade atteint d'une poussée aiguë de dermatite herpétiforme. »

— MM. Gaucher et Bensaude ont présenté un malade de vingt-neuf ans, atteint de lèpre, chez lequel la principale lésion lépreuse consiste dans des granulations miliaires généralisées ressemblant à des petits nodules tupiques ou aux éléments de la syphilide granuleuse miliaire. Le malade, atteint de lésions de la muqueuse naso-pharyngienne et de l'oreille moyenne, a une poussée aiguë érysipélatoïde de la face, survenue en même temps qu'une otite moyenne suppurée et un phlegmon du bras à streptocoques.

La poussée érysipélatoïde de la face semble due à l'exaltation de la virulence des bacilles de Hausen; l'examen de la sérosité de la plaque de la face n'ayant pas révélé de streptocoques. Un dernier détail mérite d'être mentionné, c'est l'abondance des cellules éosinophiles dans le sang qui, dans certains cas de lèpre, dépasse les limites de l'éosinophilie commune à la plupart des dermatoses, pour atteindre des proportions aussi considérables que dans la maladie de Duhring.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours d'accouchement. — Un concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 4 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 30 mars 1896, sera clos définitivement le vendredi 17 avril, à trois heures.

Instruction publique. — M. le Dr A. Raichline (des Facultés de médecine de Paris et Moscou), vient d'être nommé, au titre étranger, officier de l'Instruction publique.

Nécrologie — MM. les Drs Gauthier (de Villefranche); Lachaze (de Bordeaux); Laennec, directeur honoraire de l'École de médecine de Nantes; Levrat; Perroton (de Lyon).

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 10. L'UNION MÉDICALE 7 Mars 1896.

SOMMAIRE

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Inauguration de l'usine de Choisy-le-Roi, pour l'épuration de l'eau de Seine. — Le tueur de microbes R...

J'ai eu l'occasion de parler, à diverses reprises, des travaux entrepris par la Compagnie générale des Eaux, pour fournir aux cinquante-neuf communes de la banlieue de Paris qu'elle dessert, des eaux potables, moins souillées que celles qu'elle leur a distribuées jusqu'ici, et pour supprimer les prises d'eau en aval de la Seine que buvaient encore, il y a deux mois, les localités situées à l'ouest de Paris. Ces travaux sont aujourd'hui terminés ; depuis le 1er janvier, le service d'eau filtrée fonctionne régulièrement, et l'usine de Choisy-le-Roi a reçu le 21 février, la visite officielle du Préfet de la Seine, accompagné du Président et des membres du Conseil général de la Seine, ainsi que de nombreux invités, parmi lesquels les hygiénistes étaient en nombre. Cet évènement, d'une importance si grande pour la salubrité des communes suburbaines, mérite de nous arrêter un instant.

Les plaintes trop justifiées de ces populations, avaient fini par émouvoir l'opinion, et au mois de juillet 1892, le Préfet de la Seine invita la Compagnie générale des Eaux à étudier les moyens d'améliorer celles qu'elle distribuait à la banlieue. Cette initiative de l'Administration départementale, détermina la Compagnie à hâter l'exécution du plan qu'elle avait conçu et qui consistait à exclure, d'une manière absolue, les prises d'eau faites en aval de Paris, et à ne livrer à la consommation les eaux puisées en amont qu'après les avoir épurées par le système Anderson, dont la supériorité avait été démontrée par des expériences poursuivies pendant deux ans, à Boulogne-sur-Seine.

En conséquence, la Compagnie a supprimé les usines élévatoires de Boulogne, de Neuilly, de Saint-Denis, d'Épinay ; elle les a reportées en amont de Paris et a établi des usines alimentaires à Choisy-le-Roi sur la Seine, à Neuilly et à Nogent sur la Marne. La première, de 450 chevaux, peut épurer et refouler 30,000 mètres cubes d'eau par vingt-quatre beures ; elle en refoulera 50,000 avant la fin de cette année. La seconde, celle de Neuilly-sur-Marne, en refoule 30,000 avec une machine de 500 chevaux ; elle en refoulera bientôt 48,000. Celle de Nogent n'a que 150 chevaux, et ne pourra en débiter que 12,000.

L'eau relevée par l'usine de Choisy-le-Roi se rend au réservoir des Hautes-Bruyères, à Villejuif ; celle qui vient des usines de la Marne va aux réservoirs de Montreuil et du plateau d'Avron.

De ces réservoirs partent deux canalisations maîtresses qui font le tour de la banlieue de Paris, l'une par le Sud-Ouest, et l'autre par le Nord-Est, et qui se rejoignent aux environs de Saint-Denis. Le diamètre des canalisations de ceinture et de jonction varie de 50 centimètres à 80 centimètres. La longueur totale des conduites dépasse 80 kilomètres.

L'eau puisée en rivière passe d'abord, avec lenteur, par de grands cylindres tournants, nommés *revolvers;* elle y est brassée avec de petits morceaux de fer qui les remplissent à moitié et traversée par de l'air qu'insufflent des ventilateurs. Au sortir de ces appareils, elle se dirige par des cascades qui continuent à l'aérer, vers des bassins de décantation où elle se débarrasse de toutes les matières solides qu'elle tenait en suspension. Elle passe ensuite par les bassins filtrants et de là elle se rend, par un collecteur général, aux puisards des machines élévatoires qui la refoulent vers les réservoirs.

Les réactions qui se produisent dans les *revolvers* tiennent à l'extrême instabilité des sels de fer. Il se forme d'abord des sels ferreux qui se transforment bientôt en sels ferriques et se précipitent à l'état colloïdal dans les bassins de décantation en produisant un véritable *collage* qui enveloppe et entraîne au fond la matière organique et la majeure partie des bactéries. Le reste s'arrête dans les bassins filtrants. Les couches superficielles s'imprègnent de la matière colloïdale, qui forme peu à peu une sorte de feutrage à travers lequel l'eau, s'écoulant avec une extrême lenteur, se clarifie complètement.

Le débit du filtre est réglé à 4 mètres cubes par mètre carré de surface, et par vingt-quatre heures. Le nettoyage des bassins filtrants se fait une fois par mois, d'après un roulement établi.

Les eaux ainsi traitées sont amenées à un état de pureté très satisfaisant. La matière organique est ré-

duite en moyenne dans la proportion de 40 à 60 %, et les colonies bactériennes sur culture de gélatine, dans la proportion de 96 %.

Il est inutile de faire ressortir les avantages qui résulteront, pour les cinquante-neuf communes de la banlieue de Paris, de la substitution d'une eau semblable à celle que leur débitaient les prises d'eau établies en aval et même en amont de Paris.

Le Préfet de la Seine, dans le discours qu'il a prononcé le jour de l'inauguration, a fait ressortir l'avantage qu'il y aurait à établir, pour Paris même, des usines d'épuration semblables, afin d'obvier aux cas où les eaux de source qui l'alimentent viendraient à faire défaut. On sait qu'il y a un an, le Conseil municipal a eu la même idée et qu'il a voté, dans sa séance du 11 avril 1895, un crédit de 500,000 francs, pour construire, à l'usine de Saint-Maur, des bassins de décantation et de filtration susceptibles d'épurer 20,000 mètres cubes d'eau par jour. Nous avons rendu compte de ce projet dans notre *Chronique de l'hygiène* du 8 juin 1895.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dans sa séance du 7 février 1896, a pris une décision d'une importance considérable au point de vue de la sécurité publique, dans une question qui est en suspend depuis seize mois.

Le 29 novembre 1894, M. le professeur Bourgoin fut chargé, par M. le Préfet de police, de visiter d'urgence un magagin situé boulevard Poissonnière et dans lequel se vendait et se vend encore un produit appelé : *le Tueur de microbes R...* Ce produit est un liquide incolore destiné à l'usage interne et qui constitue, d'après le prospectus, un spécifique infaillible contre toutes les maladies, depuis le cancer jusqu'à la gale. M. Bourgoin fit saisir un des flacons, en fit l'analyse et trouva qu'il renfermait de l'acide sulfurique à la dose d'environ *trois grammes*. L'inventeur de ce produit est de nationalité étrangère, comme ceux qui le vendent. Ils ne sont ni médecins ni pharmaciens, et le Commissaire de police accompagnant M. Bourgoin releva, à leur charge, le délit d'exercice illégal de la pharmacie. Son procès-verbal et le rapport de M. Bourgoin furent remis à M. le Préfet de police qui transmit immédiatement la procédure à M. le Procureur de la République. L'affaire fut classée sans suite par le Parquet (1).

Depuis cette époque, le *Tueur de microbes R...* continue à se vendre boulevard Poissonnière. Cependant, la Préfecture de police est revenue à la charge près du Parquet et l'affaire a été déférée au mois de janvier de cette année à la police correctionnelle. En attendant l'issue du jugement, voilà plus d'un an que des étrangers, sans aucun titre, vendent librement un produit toxique sans qu'on ait pu les en empêcher.

(1) Compte rendu du Service du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, séance du 7 juin 1895, n° 12, p. 200.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, en présence d'un pareil danger, après avoir entendu le rapport d'une commission nommée à cet effet, a émis les vœux suivants :

1° Que les Préfets, dans les départements, et le Préfet de police, à Paris, soient autorisés, par la loi, à faire saisir provisoirement et jusqu'à décision judiciaire, toutes substances simples ou composées qui auraient été déclarées dangereuses pour la santé publique, soit par le Comité consultatif d'hygiène de France, soit par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ;

2° Que la confiscation des médicaments illégalement composés, prévue par la loi du 19 juillet 1845, en ce qui concerne la vente et l'emploi des substances vénéneuses, mais non autorisée par la législation actuelle, soit soumise à l'approbation du Gouvernement, avant même que soit reprise la discussion du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie dont le Parlement est actuellement saisi (1).

JULES ROCHARD.

(1) Compte rendu des séances du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, n° 3, p. 61. Séance du 7 février 1896.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Dans un des derniers numéros du *Beitrage Z. Klin. Chir.*, M. JORDAN revient sur les **plaies de la veine fémorale au niveau du pli de l'aine et sur leur traitement.**

On sait combien, autrefois, les blessures d'un aussi gros tronc veineux étaient considérées comme dangereuses, non seulement à cause de l'infection possible, mais encore à cause de la thérapeutique par la ligature, ligature qui, croyait-on, amenait assurément la gangrène du membre.

N'avait-on même pas proposé de lier l'artère fémorale pour empêcher l'hémorragie par la veine blessée, et cette pratique fut même mise en usage par Gensoul et Langenbeck.

Aujourd'hui, la clinique, aidée de recherches anatomiques, a démontré que la ligature de la veine fémorale n'amenait pas forcément la gangrène de la jambe, et des injections bien faites ont montré à Braun un cercle anatomique veineux qui, par la partie postérieure, permet la circulation de retour.

Il restait un point à élucider, c'est la présence de valvules dans les veines collatérales, valvules qui demandent une certaine pression pour être franchies.

Les expériences ont démontré qu'il suffisait d'une augmentation pas très considérable de la pression sanguine pour obtenir ce résultat, et chez beaucoup de sujets, la pression artérielle même peut suffire.

Mais revenons aux blessures de la veine fémorale. Les observations recueillies par M. Jordan, dans son travail, sont au nombre de 38, dont 27 faites au cours d'une extirpation de tumeurs, et 11 dans des accidents.

Sur ces 38 cas, un seul fut suivi de gangrène, et encore, dans ce cas, avait-on lié simultanément l'artère et la veine fémorale. Cette observation prouverait donc que la ligature de l'artère serait beaucoup plus facilement suivie de spacèle que celle de la veine. On peut donc en conclure que c'est toujours à la veine qu'il faut s'adresser.

Si la veine fémorale est sectionnée transversalement sur une grande étendue ou déchirée, il faudra lier le vaisseau en obturant son calibre. Il n'en sera pas de même s'il n'y a qu'une plaie longitudinale, par exemple. Ici, il faut tenter la suture du vaisseau. C'est ce qui a été fait déjà avec succès bien des fois, pour de gros troncs veineux, et M. Jordan en apporte un nouvel exemple pour la veine fémorale.

— Le dernier numéro de la *Revue de Chirurgie* (février 1896) nous apporte deux mémoires qui nous suggèrent quelques réflexions.

Tout d'abord celui du Dr Lardy (de Constantinople), intitulé : **Trois cas de cystocèles au cours d'herniotomies.** Notre confrère commence par citer ses trois observations, qui ont bien entendu, trait à des variétés inguinales.

Il part de ces trois cas pour étudier le mécanisme par lequel la vessie arrive à suivre le sac herniaire et à se présenter au bistouri du chirurgien.

Pour lui, les explications anatomiques données jusqu'ici ne sont pas satisfaisantes, et il soutient cette thèse, que les cystocèles qu'on rencontre dans les cures radicales ne sont pas des hernies vraies de la vessie, mais des hernies opératoires; que c'est en tirant sur le sac qu'on amène la vessie dans la plaie, et s'appuie sur l'avis de son maître, M. Kocher (de Berne), qui partage aussi cette opinion.

Le fait est de toute évidence et cette explication n'est pas nouvelle ; nous n'en voulons pour preuve que le travail du Dr Demoulin (*Union médicale*, 1893), qui soutient cette idée émise par lui le premier, il nous semble, et qui l'affirme d'après des faits incontestables.

— Donnons aussi un aperçu du procédé de Bobroff pour la **cure radicale du spina lifida.** On sait qu'à l'heure actuelle, on ne se borne pas à enlever la tumeur, mais qu'on cherche encore à rétablir la continuité du canal osseux, soit en transplantant des lambeaux de périostes, soit en se servant d'un fragment d'os de lapin, soit en utilisant les lames vertébrales incomplètement développées, suivant le procédé de Dollinger-Zeninko.

Bobroff, lui, propose, pour le spina bifida lombaire, après avoir enlevé la tumeur, de faire une incision longeant la crête iliaque du côté droit. On divise et on désinsère les muscles en ayant soin d'épargner le périoste, puis, sur ce périoste, on fait une incision demi-circulaire à convexité externe, et à l'aide de la gouge, on enlève un lambeau osseux dans lequel est comprise l'épine iliaque postero-supérieure. Ce lambeau tient sur un point qui sert de charnière par le périoste conservé ; il est donc mobilisé et rabattu, de façon à obturer la perte de substance qui existe sur le canal rachidien. On le suture et on ferme la plaie.

Ce procédé a déjà été pratiqué sept fois en Russie avec deux morts et cinq succès. Ce sont, on le voit, de bons résultats, et il y a là une utilisation de parties osseuses voisines de la tumeur qui est bonne lorsque le procédé de Dollinger n'est pas possible à appliquer. Il existe, en effet, bien des cas dans lesquels les vestiges des lames vertébrales rabattues ne sont pas suffisants pour combler la perte de substance.

Quand le spina bifida siège à la région dorsale, le professeur Bobroff propose d'emprunter le lambeau osseux aux côtes.

— La forme du crâne permet-elle de reconnaître les rochers dangereux au point de vue opératoire ? Telle est la question que se sont posés bien des chirurgiens. Les recherches de Hartmann et de Bezold ont montré que, chez l'adulte, certains rochers doivent être considérés comme dangereux, au point de vue opératoire. Ce sont ceux dans lesquels on risque d'ouvrir le sinus latéral, ou de tomber dans la fosse cérébrale moyenne, et Körner a cru pouvoir poser cette loi que, plus le degré de dolichocéphalie est marqué, et moins les sinus latéraux sont procidents en avant et en dehors, de telle sorte que les rochers les plus dangereux sont ceux chez lesquels le type brachycéphalique est le plus accentué.

Politzer, de son côté, conclut que les sinus latéraux sont plus dangereux, dans les apophyses petites, diploétiques ou compactes, que dans les apophyses volumineuses et celluleuses.

M. Garnault a repris la question et s'est livré, à l'École d'Anthropologie de Paris, à des recherches portant sur soixante crânes (1 mulâtresse, 2 Hindous, 4 Nègres, 6 Magyars, 7 Algériens, 10 Annamites et 30 Français). Parmi ces derniers, on comptait 13 dolichocéphales, 4 mésoticéphales et 13 brachycéphales.

M. Garnault est arrivé aux résultats suivants : il

ne faut tirer aucune conclusion de la forme du crâne, pour ce qui concerne la procidence en avant du sinus latéral; cependant, le sinus latéral droit, d'une façon pour ainsi dire constante, est plus procident que le gauche. On doit considérer tous les rochers comme dangereux; le côté droit exige plus de précautions que le gauche, pour éviter le sinus latéral.

— M. Bazy, dans la *Presse médicale* du 9 février dernier, nous donne un intéressant article sur **l'opothérapie dans l'hypertrophie de la prostate**. Il s'est servi, pour son compte, de corps thyroïdes qu'il a fait ingérer à ses malades; l'un a pu supporter le traitement et semble ne pas s'en être mal trouvé; l'autre a eu des troubles digestifs tels, qu'il lui a été impossible de continuer la médication.

Reinert aurait administré, lui, des demi-prostates de taureau sur quatre malades atteints d'hypertrophie prostatique, et aurait obtenu deux succès incomplets. Mais, M. Bazy trouve que la prostate de taureau est mal choisie à cause de ses petites dimensions. Voici les conclusions que nous donne le chirurgien de Tenon :

« En somme, les moyens que nous avons à notre disposition, actuellement, pour appliquer l'opothérapie prostatique, ne paraissent pas très pratiques, de telle sorte que l'essai n'en est pas facile. La médication thyroïdienne est plus simple, facile à appliquer, et, étant donné le résultat partiel que j'ai obtenu, mériterait d'être essayée.

« En tout cas, elle m'a conduit à me demander s'il n'y avait pas une relation entre le corps thyroïde et la prostate, et à engager ceux que ces travaux intéresseraient, à rechercher ces rapports, à étudier le corps thyroïde chez les vieillards, et à voir s'il y a différence, suivant que le vieillard est ou non un prostato-vésical.

« Une autre conclusion, peut-être un peu éloignée, que je veux tirer de ce travail, c'est que, dans l'appréciation du traitement de l'hypertrophie prostatique, il faut être très réservé, qu'il s'agisse d'opothérapie, qu'il s'agisse de traitements chirurgicaux directs ou indirects comme la castration, la résection et la ligature du canal déférent ou des cordons. »

— La rivalité de l'**éther** et du **chloroforme** comme agent anesthésique s'accentue de plus en plus, et pour un temps l'éther a cru sembler avoir le dessus; mais ce succès sera-t-il de longue durée? nous ne le pensons pas; quand les chirurgiens verront qu'avec l'éther ils perdent des malades comme avec le chloroforme, que c'est un tribut payé à la suppression de la douleur, ils reviendront à ce dernier, qui a déja triomphé, il y a bien des années, de son adversaire et qui possède aujourd'hui les mêmes qualités qu'alors.

Toujours est-il qu'on s'occupe toujours de cette question qui vient d'être étudiée d'une façon spéciale par M. D. Eisendraht, dans le *Deuts-Zeitsch, f. Chir.*, à propos de l'**action de ces deux agents sur les reins.**

L'auteur fait remarquer dans son travail que les opinions les plus différentes se rencontrent à ce sujet dans la littérature, et que si Emmet, Millard, Kelly, etc., et, parmi les auteurs allemands, Wunderlich, préfèrent l'éther au choroforme pour les brightiques; Roux, Nothnagel, Howald, etc., n'ont constaté non plus aucun effet fâcheux de l'éther sur les reins. Quant au chloroforme, tous sont unanimes pour reconnaître que l'albuminurie passagère est une conséquence relativement fréquente de son administration. Les recherches microscopiques ont démontré l'existence d'une dégénérescence graisseuse et d'une nécrose de l'épitbélium de la substance corticale du rein après une chloroformisation prolongée.

Eisendraht a étudié la question au point de vue clinique. Il a soumis les urines de 130 malades à une analyse chimique et microscopique minutieuse avant et après la narcose, en écartant tous les cas où l'existence de l'albuminurie ou de la cylindrurie aurait pu être causée par un état morbide quelconque. Sur ces 130 malades, 70 ont été soumis au chloroforme, 60 à l'éther.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Dans 13 cas où les urines contenaient de l'albumine avant l'anesthésie; on a noté une augmentation de l'albumine après la narcose (chloroforme, 4; éther, 4). Dans 48 cas, les urines, normales avant l'anesthésie, renfermaient de l'albumine après la narcose (chloroforme, 33; éther, 15); sur ces 48 cas d'albuminurie, 21 fois il existait en même temps de la cylindrurie (chloroforme, 12; éther, 9). Dans 12 cas (chloroforme, 7; éther, 6), on trouva des cylindres hyalins et granuleux avant et après la narcose. Enfin, 32 fois (chloroforme, 15; éther, 17) on a relevé, après l'anesthesie, la présence de cylindres sans albumine dans des urines.

Chez un malade, l'auteur a eu l'occasion de contrôler les lésions rénales par le microscope. Il s'agit d'un ouvrier âgé de soixante-quatre ans qui subit une kélotomie pour une hernie étranglée. L'opération se fit sous le chloroforme et dura une heure et demie. La quantité de chloroforme employé fut de 60 grammes. Les urines, normales avant l'opération, présentèrent des cylindres et des cellules épithéliales à partir du jour qui suivit l'intervention. L'analyse chimique ne décela point d'albumine. Le onzième jour, le malade succomba à une embolie pulmonaire, et on put constater une nécrose étendue des cellules épithéliales de la substance corticale des reins. Les

précautions aseptiques les plus sévères avaient été prises pendant l'opération ; on peut donc attribuer cette nécrose à l'influence du chloroforme.

Voici les conclusions de M. Eisendrabt :

L'albuminurie préexistante est plus fréquemment augmentée par l'anesthésie au moyen de l'éther que par celle du chloroforme. L'albuminurie — chez des individus sains — se montre dans 25 °/₀ des cas après l'éthérisation, dans 32 °/₀ des cas après la chloroformisation.

Quand il y a dégénérescence amyloïde des reins, l'influence des deux anesthésiques est la même.

La cylindrurie est d'une fréquence égale après l'administration des deux anesthésiques.

— On pourrait croire que tout a été fait comme procédé d'extirpation des tumeurs malignes du sein. On a enlevé jusqu'aux ganglions sus-claviculaires, on a extirpé les deux muscles pectoraux, réséqué la clavicule, etc. Cependant, dans un récent numéro de la *Riforma medica* (11 p. 3. 1896), M. Tansini (de Palerme) nous donne **un nouveau procédé d'amputation du sein dans le cancer de la mamelle**. Il le base sur les récidives qui ont lieu au niveau de la peau dans le voisinage de la cicatrice.

Pour obvier à cette récidive, ce chirurgien a imaginé un nouveau procédé d'amputation autoplastique du sein. Ce procédé consiste à enlever la peau, bien au-delà de la zone malade, et à la remplacer par un lambeau analogue provenant du dos. On fait une incision en raquette dont la partie élargie enveloppe le sein et dont le manche, non pas linéaire, mais large de quelques centimètres, est limité par deux incisions qui vont se rejoindre dans l'aisselle. On extirpe la tumeur et le grand pectoral, on fait dans la peau du dos un lambeau aussi en raquette, symétrique à la plaie mammaire, de manière que son manche aille jusqu'à la ligne d'entrée du grand dorsal dans l'aisselle. On détache tout ce lambeau en ne le laissant implanté que par son pédicule axillaire, et on lui fait subir une légère torsion pour l'appliquer sur la plaie du sein, où il se suture : les deux lèvres de la plaie dorsale sont directement affrontées grâce à la mobilité de la peau, el, dans le cas où cette mobilité est insuffisante, on fait deux incisions libératrices.

— A la *Réunion libre des chirurgiens de Berlin* (10 février 1895), M. Brentano a communiqué ses recherches sur la **bactériologie du liquide herniaire**. Les observations ont porté sur 79 cas.

Dans 49 cas, le liquide a été ensemencé sur agar glycériné, et 9 fois (c'est-à-dire 18 °/₀) le résultat a été positif. C'est le chiffre trouvé par les autres auteurs qui se sont occupés de cette question.

30 fois on avait, en même temps, ensemencé le liquide sur bouillon. Cet ensemencement sur bouillon a donné des résultats positifs dans 20 cas (soit 66 °/₀).

La présence des bactéries dans le liquide des hernies étranglées s'est montrée en rapport avec la durée de l'étranglement. Le liquide n'était jamais stérile quand l'étranglement datait de plus de trente-six heures. De plus, il a semblé que l'apparition des bactéries dans le liquide du sac était d'autant plus précoce que l'étranglement était plus serré.

Le liquide infecté était ordinairement peu abondant et sanguinolent. Dans les 20 cas qui ont donné des résultats positifs, il s'agissait 17 fois de hernies crurales et 3 fois de hernies inguinales. Dans les 10 résultats négatifs, on comptait 3 hernies crurales et 7 inguinales.

Les bactéries qui se trouvaient dans le liquide herniaire étaient des coli-bacilles et des microcoques, analogues, comme on le voit, à ceux qui ont été décrits par Verneuil et Clado, en France.

— A cette même réunion des chirurgiens de Berlin, nous trouvons une communication sur la **cure radicale des hernies, d'après le procédé de Trendelenburg.**

M. Borchardt a fait trois cures radicales de hernies d'après ce procédé. Après réduction de l'intestin et résection du sac, il a taillé sur la branche horizontale du pubis un lambeau ostéo-périostique long de 3 centimètres et demi, large de 4 centimètres et demi, et dont l'épaisseur mesurait le tiers de l'épaisseur de la branche horizontale du pubis. Ce lambeau a été ensuite rabattu sur le canal inguinal, de façon que sa face, recouverte de périoste, regarde la cavité abdominale et sa face cruentée soit tournée en dehors, la nutrition du lambeau était assurée par le pedicule qui le rattachait au pubis.

Le résultat a été dans les trois cas des plus satisfaisants, et les malades, que leurs hernies très volumineuses mettaient dans l'impossibilité de travailler, ont pu reprendre leurs occupations. Quand les malades font des efforts, la hernie ne sort plus, et, par la palpation, il est facile de constater que le lambeau osseux n'est pas résorbé.

M. Wolf n'est pas aussi satisfait. Il a eu recours au même procédé dans un cas ; comme chez son opéré le lambeau ostéo-périostique a été complètement détaché du pubis, il a fini par se résorber.

— Citons encore, à la même réunion, une observation de **rupture extra-péritonéale de la vessie**, due à M. Russel. Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans qui, à la suite d'une chute où le ventre avait porté contre un coin, a été pris d'hématurie suivie de rétention d'urine. Le malade entra à l'hôpi-

tal quarante-quatre heures après l'accident, et, à l'examen, on trouva entre l'ombilic et la symphyse, une tumeur résistante, douloureuse, rappelant, par sa forme, la vessie distendue. On sonda la vessie, il ne s'écoula que quelques gouttes d'une urine sanguinolente.

Il n'y avait pas de signes de péritonite, cependant on pratiqua la laparotomie, qui montra l'existence d'une déchirure de la paroi antérieure de la vessie, à travers laquelle l'urine avait passé dans l'espace prévésical. On pratiqua la suture de la vessie, le drainage de l'espace prévesical, et la guérison eut lieu rapidement.

BULLETIN

Il est des vérités qui sautent aux yeux de tous, sur lesquelles il ne devrait pas être besoin de revenir; et, parmi celles-ci, c'est la nécessité, dans l'enseignement médical français, de chaires dites de spécialités.

L'élection récente de M. Pozzi à l'Académie de Médecine a été l'occasion, dans presque toute la presse médicale, d'une campagne sur la réorganisation de l'enseignement.

Chacun a répété qu'il était honteux de ne pas trouver à Paris un endroit officiel où on pût apprendre la gynécologie; que l'étude de l'orthopédie n'était pas possible; qu'il en était de même pour la laryngologie; que les maladies des oreilles étaient dédaignées par l'enseignement de l'État, etc..., et que si on pouvait, dans quelques cliniques particulières, avoir une notion de toutes ces affections si utiles à connaître en pratique, c'était absolument grâce à l'initiative privée.

Tout cela est malheureusement trop vrai; chacun en est tellement convaincu qu'on a presque honte de le répéter, et pourtant la Faculté de Paris, calme et immobile, s'inquiète peu de ce que l'enseignement est plus ou moins donné, et se contente de répondre en publiant le chiffre toujours croissant des étudiants en médecine qui viennent s'y inscrire.

Il est certainement triste de constater de pareils faits et de voir qu'on laisse, sans les utiliser, les admirables ressources que pourraient fournir les hôpitaux parisiens.

Mais que faire pour modifier la situation actuelle? Il faudrait une révolution, disent les uns, mettre par terre tout ce qui existe et recommencer sur des bases nouvelles. La création des Universités va changer tout cela, disent les autres? Combien nous le désirerions, mais comme nous y croyons peu.

On a tellement perdu en France l'habitude des cours, que les étudiants savent à peine s'ils existent et ont renoncé à y assister; ce qui se comprend par cette raison qu'en les suivant avec la plus grande assiduité ils n'arriveraient pas, pendant leurs quatre années de médecine, à savoir le quart de ce qu'on leur demande aux examens.

Aussi, une chaire de plus à la Faculté ou une chaire de moins, intéresse peu la jeunesse des Écoles, qui va glanant de ci de là, dans les services, ce qui peut lui être utile, et qui, n'ayant pas de guide, est obligée de se conduire elle-même comme elle peut.

C'est lamentable, mais malheureusement vrai.

THÉRAPEUTIQUE

Comment traiter l'insuffisance gastrique,
Par le Dr E. Lasnier.

Rien de plus difficile à traiter que les affections gastriques. En effet, suivant la loi générale de la progression constante, la thérapeutique ne se contente plus aujourd'hui de formules toutes faites, mais elle pénètre fort avant dans la recherche des indications, les condense en une analyse détaillée et cherche à les synthétiser en une méthode thérapeutique appropriée. Si donc cette méthode toute moderne est appliquée à la thérapeutique gastrique, on voit immédiatement qu'elle se heurte à d'extrêmes difficultés, résultant du siège même des lésions et des réactions toutes particulières qui se passent dans le viscère qu'on est appelé à soigner.

Prenons, par exemple, un cas relativement simple : voici un sujet dont la digestion est toujours lente, pénible, s'accompagnant de gonflement de l'estomac, de sensations de malaise, de pesanteur. A peine a-t-il fini son repas, qu'il est obligé de s'arrêter, somnolent, en proie à un malaise général. Tout naturellement, l'idée d'hyperchlorhydrie vient à l'esprit, et tout de suite une thérapeutique appropriée apparaît : remplacer chez ce sujet l'acide chlorhydrique qui lui manque.

Voici qu'alors on va lui administrer cet acide chlorhydrique en nature, et le résultat le plus clair sera de rendre ses digestions peut-être un peu moins longues, mais à coup sûr plus douloureuses. Et puis, de ce fait, l'estomac va s'irriter et, à l'asthénie de l'organe, vous allez ajouter une irritation profonde, une vraie gastrite catarrhale, et si, déjà, l'estomac est ulcéré, vous déterminerez nettement une belle hématémèse.

D'autres fois, dans la même hypothèse clinique, tout l'acide chlorhydrique du monde n'y fera rien; il est hypopeptique. Vous voilà donc en pleins tâtonnements (car il n'est pas toujours aisé, en pratique courante, de pomper l'estomac d'un sujet pour analyser son suc gastrique). Après avoir bien erré, vous finissez par administrer de la pepsine, et quelle pepsine! Or, elle arrive dans l'estomac, corps étranger non combiné à l'hyperchlorhydrie et se comporte comme telle, c'est-à-dire ne produit rien. Ce sera bien pis si vous y ajoutez de l'acide chlorhydrique!

Or, ce n'est là qu'un exemple entre mille, et chaque fois, même impasse thérapeutique, même impuissance médicamenteuse. Pour peu que l'estomac soit irrité, ait tendance à s'exulcérer, qu'il s'agisse d'un ulcère simple, d'un cancer ou même de ces gastrites chroniques avec vomissements et état général si grave, toujours les mêmes difficultés se produiront, les mêmes dangers surviendront si la thérapeutique cherche à devenir tant soit peu active.

Le désidératum consiste donc à avoir une substance non irritante, capable d'agir presque en n'importe quel milieu : en l'absence de tout acide, et même en milieu un peu alcalin. Si, de plus, une telle substance peut agir à dose infinitésimale, ce sera un précieux agent thérapeutique, puisqu'il sera à la fois très actif et sans danger. Or, cette substance existe, c'est la papaïne qui jouit d'une puissance digestive extrême. Wurtz a démontré que la papaïne digère mille fois son poids de fibrine et la peptonise complètement, comme le ferait la meilleure pepsine.

L'indication thérapeutique se préconise donc : chaque fois qu'il s'agit d'une dyspepsie par insuffisance gastrique, que la cause en soit dans un cancer, un ulcère, un état neurasthénique marqué, une vraie névrose avec arrêt de sécrétion, ou bien qu'il s'agisse d'entérites, de diarrhées tenant aux fermentations gastro-intestinales, suite de l'*adigestion* gastrique...; que l'on se trouve, enfin, en présence de ces si graves gastro-entérites des petits enfants, soit aiguës, soit chroniques (avec athrepsie)..., dans tous les cas, la papaïne fait merveille, rétablit la fonction gastrique sans déterminer l'ombre d'irritation, et du même coup, réveille rapidement le fonctionnement gastrique normal, si les destructions glandulaires ne sont pas produites sur de grandes surfaces.

Chez les goutteux, les diabétiques, dans les convalescences longues et trainantes, chaque fois, en un mot, que l'estomac ne fonctionne plus avec ses ferments normaux, la papaïne rétablira la peptonisation qu'elle réalisera par une réaction *papaïnique* dont le résultat sera exactement celui du mécanisme peptique ordinaire. Et ainsi, par cet intéressant procédé, la fonction gastrique sera assurée et la nutrition pourra continuer à se faire, malgré une déviation et même une absence complète du fonctionnement chimique de l'estomac.

Pour terminer, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par la Maison Trouette-Perret.

Le sirop de Papaïne Trouette-Perret est destiné aux enfants, à la dose d'une cuillerée à café, à dessert ou à soupe, suivant leur âge et l'effet à obtenir : on le donne après ou immédiatement avant chaque repas ou tétée.

L'élixir de Papaïne Trouette-Perret est destiné aux adultes à la dose d'un petit verre à liqueur après chaque repas : c'est une délicieuse liqueur pouvant être prise à table.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1896

M. Berger présente un cas de rhinoplastie par la méthode italienne. Il s'agit d'une femme chez laquelle une partie du nez avait été détruite par une lésion tertiaire. M. Berger entreprit la réparation de ces lésions et pratiqua deux opérations : 1° adaptation sur l'extrémité du nez, préalablement avivé, d'un lambeau pris au bras; 2° formation des narines, des ailes du nez et de la sous-cloison, un mois après environ.

M. Berger insiste sur les principales conditions d'application de cette méthode, qu'il a été le premier à remettre en honneur, il y a près de vingt ans.

La condition essentielle du succès est la détermination minutieuse de tous les détails de la réparation avant l'opération elle même : la forme, la direction, les dimensions des incisions doivent être rigoureusement fixées d'avance. Le lambeau doit recouvrir exactement la surface d'avivement, sans plissement ni traction. Il faut conserver tous les vestiges du nez détruit pour les faire servir à la réparation.

La fixation du membre supérieur à la tête est assurée par un appareil dont M. Berger donne la description : grâce à cet appareil, l'immobilité rigoureuse est obtenue sans beaucoup de fatigue; il permet les soins de propreté, l'alimentation; les opérés peuvent se lever et même marcher avec le bras fixé sur la tête.

La section du pédicule du lambeau pourrait, s'il était besoin, être faite bien avant le dixième jour.

Quant à la seconde opération, qui consiste à reconstituer la pointe, les ailes du nez et la sous-cloison au moyen du pédicule du lambeau, elle doit être entreprise quinze jours environ après la section du pédicule; c'est une opération délicate qui demande une certaine habitude des restaurations faciales.

Il est utile, pendant un temps très long, de maintenir la béance des narines, au moyen de tuyaux métalliques introduits dans ces cavités. Un dispositif spécial permet de faire servir le même appareil à maintenir la saillie de la pointe du nez jusqu'à ce que toute tendance à la rétraction du lambeau ait disparu.

— M. Calot (de Berck) est arrivé à guérir la luxation congénitale de la hanche, grâce à une intervention sanglante, et les succès que lui a donnés cette intervention l'engagent à la présenter à l'Académie. Elle consiste à refaire une cavité cotyloïde de capacité suffisante, à y ramener la tête fémorale déplacée et à l'y maintenir en lui laissant une certaine mobilité.

On sait que jusqu'à présent les résultats obtenus par tous ceux qui avaient tenté d'opérer les luxations congénitales de la hanche avaient été médiocres; aussi l'intervention était-elle condamnée par un grand nombre d'auteurs. La technique, il est vrai, était défectueuse, et M. Cabot incrimine à la fois l'incision de Langenbeck, à travers les faisceaux charnus des fessiers et des pelvi-trochantériens, la désinsertion des muscles du trochanter, la perforation de la cavité cotyloïde, la section des tendons et des muscles pour faciliter la réduction, l'extension continue du membre opéré pour maintenir cette réduction, etc. C'était là, évidemment, une opération longue, dangereuse, et ne donnant, somme toute, que de médiocres résultats au point de vue orthopédique.

Au contraire, avec la technique adoptée par M. Calot, l'opération est rapide, peu sanglante, et donne de véritables succès.

Une incision, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au niveau du grand trochanter, lui permet d'arriver d'emblée sur la capsule articulaire en passant dans l'interstice du moyen fessier et du tenseur du fascia lata.

Un aide tirant sur le membre inférieur, et portant le fémur en rotation externe, l'opérateur peut sentir facilement la tête à travers la capsule; on ouvre celle-ci par une incision cruciale ou en T, et la tête sort à travers cette large boutonnière. On l'examine, on la sépare du ligament rond, s'il existe, et on la réduit dans la lèvre postérieure de l'incision cutanée par un mouvement combiné de flexion, d'adduction et de rotation externe. C'est là qu'on la maintiendra jusqu'à ce que soit creusée la nouvelle cavité cotyloïde.

Puis on passe à la réfection de la cavité cotyloïde. Un sûr moyen d'en retrouver les vestiges, c'est de la chercher sur le milieu de la ligne ilèo-ischiatique de Nélaton ; en creusant autour de ce point avec une curette, l'on ramène bientôt des fragments de cartilages qui indiquent que l'on est bien à l'endroit voulu, et l'on continue ce forage jusqu'à ce que la cavité ait une profondeur de 15 à 20 millimètres, et une largeur suffisante pour contenir la tête.

On passe ensuite à la réduction. Celle-ci peut se faire toujours sous l'action de tractions nouvelles, exercées sur le membre inférieur, et de pressions directes sur la tête fémorale, sans qu'on soit obligé de recourir aux appareils extraordinaires dont se servent les étrangers, et surtout sans ténotomie ni myotomie.

Dès que la réduction est obtenue et paraît se maintenir assez bien dans toutes les positions du membre inférieur, on assure l'hémostase parfaite et on passe d'emblée à la suture de la peau. Le pansement antiseptique est recouvert d'un grand appareil plâtré de coxalgie, maintenant la jambe en abduction de 20 à 25 degrés, avec rotation interne légère. On enlève le drain et les sutures au douzième jour ; au vingt-cinquième jour, on supprime l'appareil plâtré et les pansements. Le malade est laissé en liberté dans son lit, mais on commence les massages des muscles de la fesse et de la cuisse. Vers le trentième jour, les malades font leurs premiers pas, sans appareil et sans béquille, soutenus par la main par deux infirmières. Après une dizaine de jours, ils sont en état de marcher seuls ; à partir de ce moment, on prescrit pendant six mois des massages quotidiens, des exercices de gymnastique actifs et passifs, et des exercices de marche jusqu'à ce que celle-ci redevienne normale.

Il existe seulement deux contre-indications :

1° Comme l'ankylose est à craindre, passé dix ou douze ans, les luxations bilatérales ne peuvent être opérées après cet âge ;

2° Il est quelques cas rares, où la tête fémorale est trop atrophiée ou en antéversion trop marquée pour qu'on puisse espérer maintenir la réduction.

M. Calot présente ensuite ses deux premiers opérés et l'Académie renvoie son travail à une commission.

— M. Le Dentu rapporte l'histoire d'une femme atteinte de *grossesse tubaire double avec sac unique* ; une laparotomie d'urgence permit d'extraire d'un foyer d'hémorragie diffuse, deux embryons de sept à huit semaines, contenus dans un même sac. La rareté de ces faits (c'est le deuxième que l'on connaisse jusqu'à présent), rehausse encore l'intérêt de la communication de M. Le Dentu.

COMMISSIONS DE PRIX POUR L'ANNÉE 1896

Académie. — Vallin, Nocard, Kelsch.
Alvarenga. — Planchon, Guyon, Straus.
Amussat. — Rochard, Labbé, Lannelongue.
Baillarger. — Le Roy de Méricourt, Worms, Motet.
Barbier. — Riche, Weber, Laveran.
Boulard. — Périer, Hallopeau, Magnan.
Bourceret. — Ranvier, Berger, Marcy.
Buignet. — Bourguin, Jungfleisch, J. Chatin.
Capuron. — Tarnier, Pinard, Porak.
Chevillon. — Polaillon, Duval, Lucas-Championnière.
Civrieux. — Dumontpallier, Blanchard, Mesnet.
Daudet. — Empis, Lancereaux, Reclus.
Desportes. — Constantin-Paul, Hayem, Landouzy.
Falret. — Hérard, Gautier, Motet.
Godard. — Fournier, Bucquoy, Dieulafoy.
Herpin (de Genève). — Jaccoud, Potain, Brouardel.
Hugo. — Sappey, Ch. Monod, Laboulbène.
Laborde. — Péan, Chauvel, Terrier.
Barron Larrey. — Lagneau, Proust, d'Arsonval.
Laval. — Gariel, Bouchardat, Brouardel.
Lefèvre. — Bouchard, Duguet, Ferrand.
Meynot. — Duplay, Le Dentu, Nicaise.
Montbinne. — Milne Edwards, Grancher, Cadet de Gassicourt.
Nativelle. — Prunier, Marty, Moissan.
Orfila. — Schützenberger, Robin, Duclaux.
Portal. — Leblanc, Cornil, Magitot.
Saintour. — Guéniot, Mégnin, Blache.
Saint-Paul. — Javal, Trasbot, Debove.
Stanski. — Besnier, Panas, Budin.
Vernois. — L. Colin, Regnard, Lereboullet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Trois observations de *taille sus-pubienne* adressées à la Société par M. Rollet (de Lyon), font d'abord l'objet d'un rapport de M. Picqué. Elles ont trait à une hypertrophie prostatique, à un calcul vésical et à un rétrécissement. Ceci a peu d'importance ; mais le point essentiel du rapport de M. Picqué, est d'exposer l'opinion émise par M. Rollet, sur la situation du péritoine au devant de la vessie.

M. Rollet a rencontré des adhérences maintenant le péritoine au pubis et le maintenant au devant de la vessie. C'est là une opinion qu'il ne faudrait pas généraliser, d'après le rapporteur, car ces cas sont des raretés.

Petersen avait nié ces adhérences, et M. Paul Delbet, qui vient de se livrer à des recherches sur ce sujet, a trouvé un cas de M. Polaillon, où cette disposition est relatée, et sur 295 opérations de taille sus-pubienne qu'il a relevées, il n'a rencontré qu'une observation italienne où le péritoine descendait jusqu'au pubis, encore cela pouvait-il tenir à une simple disposition anatomique. Enfin, les dissections de quarante cadavres n'ont jamais montré ces adhérences à M. Delbet.

M. Picqué en conclut avec raison, que le mot adhérence n'est pas justifié, tout au plus faudrait-il parler d'une disposition anatomique exceptionnelle.

Mais où ce sujet devient plus bizarre, c'est quand M. Rollet, avec son maître, M. Poncet, part de là pour rejeter la ponction hypogastrique en faveur de la taille sus-pubienne, car si nous avons bien compris le rapport de M. Picqué, il ne s'agirait de rien moins que cela.

Le rapporteur répond par les faits de tous les jours, et défend l'innocuité de la ponction avec le trocart de Dieulafoy, qu'il a instituée d'une manière courante dans les asiles d'aliénés.

Enfin, M. Rollet traite aussi la question du ballon de Petersen, dont il trouve l'emploi inutile. Certes, on peut s'en passer, lui répond M. Picqué, et tout dernièrement, c'est ce qu'il a fait dans un cas de rupture traumatique de l'urethre, où il a été obligé de faire la taille sus-pubienne pour pratiquer le cathétérisme rétrograde ; mais quand on en a un à sa disposition, pourquoi ne pas l'employer puisqu'il apporte de la facilité dans l'opération.

— Disons un mot d'un second rapport de M. Picqué sur un second travail de M. Rollet, à propos du *frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie.*

M. Rollet a opéré un kyste hydatique dans lequel il avait reconnu le frémissement hydatique. Oh! combien rare! La tumeur donnait à l'auscultation le son musical d'une grosse corde à violon vibrant près de la joue.

Et pourtant le kyste ne contenait pas d'hydatides filles. De là, comme le fait remarquer M. Picqué, une preuve à tirer dans l'explication de ce frémissement qui ne serait pas dû aux hydatides filles, puisqu'il n'y en avait pas; mais comme le veut M. Segond, à la vibration de la membrane du kyste.

M. Bazy ne s'occupera pas à propos de la taille sus-pubienne du ballon de Petersen et de toutes les questions y adjacentes qui sont banales aujourd'hui. Il ne veut retenir que cette fameuse adhérence à la symphyse. Pour sa part, dans les nombreuses tailles sus-pubiennes qu'il a pratiquées, il ne l'a jamais rencontrée.

M. Poirier, dans ses nombreuses dissections, a observé deux fois des adhérences du cul-de-sac péritonéal à la symphyse; il est vrai de dire qu'il s'agissait de cadavres sur lesquels le système urinaire présentait des traces non douteuses d'inflammation.

— *La luxation du nerf cubital en avant de l'épitrochlée* fait l'objet d'une intéressante communication de M. Schwartz.

Voici d'abord le résumé de cette curieuse observation : Un jeune homme de dix-huit ans vint le trouver à l'hôpital, atteint d'une impotence du membre supérieur droit, à la suite d'un accident. Son bras avait été saisi au niveau du coude, dans un étau limeur qui avait attiré la peau en la froissant; il en était même résulté une plaie à la partie antérieure.

Le blessé ne ressentit aucune douleur sur le moment; mais bientôt apparurent des picotements, des fourmillements, sans cependant aucune manifestation paralytique.

Un appareil fut placé, et la plaie guérit rapidement. Mais quand cet ouvrier voulut reprendre son travail, il s'aperçut que la flexion du bras était tellement douloureuse qu'elle le faisait lâcher son marteau en même temps qu'il sentait dans le mouvement de flexion une corde se déplacer au niveau de l'épitrochlée.

Environ un mois après, le blessé revient et présente à l'examen de M. Schwartz un coude un peu enflé, montrant une cicatrice mobile au niveau du biceps et montrant nettement la gouttière épitrochléo-olécrânienne vide. Mais en avant de l'épitrochlée, il est facile de constater un cordon nerveux un peu augmenté de volume, douloureux à la pression, qui occasionne en même temps des fourmillements dans l'avant-bras et dans la main.

Il est possible de réintégrer ce cordon dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne.

Le diagnostic ne pouvait être douteux; c'est devant une luxation en avant du nerf cubital que M. Schwartz se trouvait. Du reste, les troubles trophiques étaient absents et l'atrophie presque insensible.

M. Schwartz opéra. Il mit le nerf à nu, constata un névrome, ouvrit la gouttière épitrochléo-olécrânienne, la creusa, y replaça le nerf cubital, et comme les parties fibreuses qui constituaient l'insertion du muscle cubital antérieur manquaient, il disséqua un lambeau aux dépens de l'aponévrose des muscles épitrochléens, le rabattit et vint le suturer au muscle triceps, immédiatement au-dessus de son insertion sur l'olécrane.

Le pansement fut levé au bout de huit jours. La plaie était cicatrisée et le nerf en bonne place. Les douleurs avaient considérablement diminué, mais existaient cependant encore, ce qu'il faut expliquer par la présence du névrome.

M. Schwartz a fait des recherches sur cette luxation nerveuse et n'en a trouvé que peu d'exemples, ce qui doit tenir à ce que les observations n'ont pas été toutes publiées

L'orateur donne la bibliographie de cette lésion, dont le premier exemple remonte à 1851, est dû à Blackman (de Zurich), et dont l'observation pourrait être copiée sur la sienne.

Il a trouvé neuf autres faits, dont un dû à M. Poncet (de Lyon), et quatre ou cinq cas de luxation habituelle, dont il ne parlera pas.

M. Schwartz s'occupe ensuite du mécanisme de cette lésion. Deux facteurs sont invoqués : 1° l'atrophie de l'épitrochlée; 2° le volume anormal du triceps brachial, dont le vaste interne pendant sa contraction, tend à chasser le nerf cubital de la gouttière ostéo-fibreuse dans laquelle il est contenu. Ce fait a été presque saisi sur le vif par Annequin, qui réséqua, même pour y obvier, une partie du muscle vaste interne.

Zukerklandt a donné une autre explication. Pour cet auteur, c'est l'angle à sinus externe, formé par l'avant-bras et le bras qui, par un mécanisme analogue à celui de la luxation de la rotule dans le *genu valgum*, luxe à un moment donné le nerf cubital.

Quant au traitement, plusieurs manières de faire ont été proposées. On a employé un appareil prothétique maintenant le nerf à sa place; mais la luxation se reproduisait toujours. C'est la méthode sanglante qui doit être préférée, en refaisant la gouttière, qui peut s'être comblée, et en y maintenant le nerf à l'aide de fibres aponévrotiques empruntées dans le voisinage.

M. Quenu insiste sur le rôle joué par la névrite dans ces sortes de lésions, et il n'en veut pour preuve que les douleurs qui continuent une fois le nerf remis en place.

Il fait, de plus, remarquer que dans la luxation habituelle, qu'il appellera congénitale du nerf cubital, les douleurs n'existaient pas, comme il a pu le constater sur un de ses internes, atteint d'une luxation des deux cubitaux et qui n'en est nullement incommodé.

Il ne veut cependant pas repousser l'opération qui a pour but de réduire le nerf cubital, car il est évident que celui-ci, dans sa situation normale, a bien moins de chance d'être traumatisé.

M. Delorme pense aussi que ces luxations sont moins rares qu'on ne serait porté à le croire, et il en a vu plusieurs exemples à la suite de luxation du coude.

Quant à M. Poirier, il n'a vu que des cas de luxation habituelle du nerf cubital et il lui a semblé que, chez ces malades, l'épitrochlée était peu développée.

Quant au mécanisme, il fait remarquer à M. Schwartz que si c'est au triceps qu'il faut faire jouer un rôle, on ne peut dire que cette luxation se fasse pendant la flexion, puisque, quand le triceps se contracte, il a pour effet de déterminer l'extension de l'avant-bras sur le bras.

C'est plutôt à une déchirure des insertions du muscle cubital antérieur qu'il faut attribuer cette luxation, qui se produirait alors au moment de la flexion.

M. Th. Anger est porteur d'une sub-luxation du nerf cubital qui s'est produite lors d'un accident de voiture qui lui luxa le coude. A l'heure actuelle, quand il fait un mouvement brusque de flexion il sent nettement une petite douleur dans l'annulaire et l'auriculaire.

M. Schwartz répond qu'en effet la névrite causée par le traumatisme joue un grand rôle dans l'évolution de la lésion qu'il a rapportée, et dit à M. Poirier que le triceps agit par sa contraction et dans la flexion parce que, pour redresser l'avant-bras, le mettre dans l'extension, il faut qu'il soit d'abord en flexion, et que c'est au premier temps de la contraction que la luxation se produit. Il faut, bien entendu, qu'il y ait eu déchirure des parties fibreuses, ce

qui est, du reste, arrivé chez sa malade qui avait les insertions du muscle cubital antérieur déchirées.

— La séance se termine par une lecture de M. Thémion (de Bourges) sur 30 observations d'extirpation de fibromes utérins interstitiels. Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1896

Les faits d'*appendicite familiale* sont actuellement bien connus, surtout depuis les observations rapportées il y a quelque temps à la Société de Chirurgie, à l'occasion d'une intéressante communication de M. Brun M. Faisans en a, pour sa part, observé un certain nombre de cas : l'appendicite se montrait, par exemple, chez le père et un enfant, chez deux ou plusieurs frères, chez des cousins germains. Il est donc évident, actuellement, qu'on ne peut invoquer le hasard des séries ou des coïncidences, et qu'il existe réellement des familles présentant une véritable prédisposition à l'appendicite. A quoi faut-il attribuer cette prédisposition ?

L'hypothèse d'une lithiase appendiculaire, émise par M. Dieulafoy, en donnerait une explication satisfaisante, si l'on admet que cette lithiase peut relever, comme les lithiases hépatique et rénale, de la goutte constitutionnelle et héréditaire Quoi qu'il en soit, il faut remarquer que dans la plupart des faits observés par M. Faisans, l'appendicite familiale se présentait sous la forme récidivante, aboutissant à la perforation avec péritonite rapidement mortelle. L'ablation de l'appendice s'impose donc comme le véritable traitement dans tous les cas de ce genre, même dans ceux qui paraissent les plus bénins. C'était aussi de l'appendicite à répétition que M. Rendu a observé chez plusieurs membres de cinq familles différentes.

Un nouveau fait d'appendicite familiale que M. Talamon vient d'étudier, le confirme dans cette opinion qu'il a déjà soutenue : 1° l'appendicite à rechutes est due, dans certains cas, au déplacement d'une scybale dans l'appendice ; 2° en présence d'antécédents appendiculaires familiaux, il faut tenir grand compte des moindres douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite ; si ces douleurs se répètent à courts intervalles, il faut craindre l'engorgement ou la formation d'une scybale dans l'appendice ; 3° le seul moyen de prévenir les accidents plus graves, qui ne manquent pas, dans un grand nombre de cas, de se produire ultérieurement, est l'ablation de l'appendice dans un moment de calme.

L'hérédité joue incontestablement un très grand rôle dans l'étiologie de l'appendicite, ainsi que le démontrent les faits rapportés à la Société de Chirurgie et aussi l'importante statistique de Roux, de Lausanne, qui, sur 300 observations personnelles d'appendicite, a relevé 40 fois % l'influence héréditaire. Mais faut-il invoquer, comme M. Faisans, l'arthritisme et la lithiase appendiculaire ? M. Talamon pense plutôt que l'on doit incriminer la transmission ou la coexistence héréditaire d'une malformation, d'un vice de développement, d'une disposition particulière de l'appendice, qui n'est en réalité lui-même que le vestige d'un organe incomplètement développé.

M. Hayem se demande s'il ne faut pas faire jouer un rôle à la gastrite parenchymateuse dans la pathogénie de l'appendicite. En tous cas, cette gastrite existait dans tous les cas d'appendicite que M. Hayem a étudiés dans ces dernières années. M. Hayem ne croit pas, d'autre part, à l'influence de ce que l'on appelle l'arthritisme; ses rapports avec l'appendicite seraient, d'ailleurs, assez difficiles à préciser Telle est aussi l'opinion de M. Le Gendre, qui fait remarquer que la fréquence de l'appendicite, bien qu'on en sache actuellement mieux qu'autrefois la diagnostiquer, n'est pas en proportion avec le nombre si considérable des familles arthritiques. D'autre part, il existe des appendicites chez les scrofuleux ; M. Bouchard a signalé sa fréquence dans la dyspepsie avec stase gastrique ; M. Hayem vient d'indiquer ses relations probables avec la gastrite parenchymateuse ; si l'on ajoute, enfin, que certains faits d'appendicite peuvent s'expliquer par des lésions inflammatoires des organes lymphoïdes de l'appendice, on conçoit que l'appendicite ne reconnaît point un mécanisme univoque, mais, qu'au contraire, sa pathogénie est complexe.

M. Mathieu observe en ce moment un fait assez curieux de lithiase intestinale, qui pourrait être invoqué à l'appui de la théorie de M. Dieulafoy, de l'origine lithiasique de l'appendicite. Il s'agit d'une femme atteinte d'entérite muco-membraneuse, qui, depuis déjà très longtemps, rend chaque jour dans ses selles une plus ou moins grande quantité de sable, constitué par du phosphate ammoniaco-magnésien et des sels de chaux, sans trace de cholestérine ni de pigments biliaires. Un fait semblable a été présenté récemment à la Société de Biologie. M. Mathieu pense donc qu'à côté des autres lithiases, il y a lieu d'étudier la lithiase intestinale.

— M. Marfan a présenté une fillette de cinq ans et demi, atteinte d'une déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités, et caractérisée par un allongement des os, avec un certain degré d'amincissement. Aux mains, où la déformation est surtout caractéristique, les phalanges et les métacarpiens sont notablement allongés: les muscles sont émaciés mais non paralysés; leurs réactions électriques sont normales ; ce sont des mains « en pattes d'araignée ».

— Après avoir rappelé les récentes leçons de M. Brissaud sur le zona, dans lesquelles cet auteur combat la théorie de l'origine périphérique de l'affection, M. Achard présente les déductions qu'il avait tirées de l'étude d'une série de zonas qu'il a observés il y a deux ans. M. Achard était arrivé, comme M. Brissaud, à attribuer à l'affection, dans la plupart des cas, du moins, une origine médullaire. Mais il faut excepter, bien entendu, les faits dans lesquels le zona succède à un traumatisme du nerf lui-même ; l'origine de l'affection est donc, dans quelques cas, périphérique.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

— M. Huchard a étudié l'action diurétique de la théobromine dans les maladies cardiaques et rénales. Depuis deux ans, il emploie ce diurétique dans les affections du cœur et du rein, et a recueilli plus de deux cents observations. Villejean a dit que la théobromine se retrouvait altérée dans les urines ; Bandzinsky et Gotthieb ont au contraire soutenu qu'elle était transformée en méthylxanthine.

La diuréthine du commerce est un mélange. Ce serait de la théobromine à 18 % dissoute dans la soude caustique à 4 %, à laquelle on ajoute du salicylate de soude (16 %). Ce mélange entraîne des effets nuisibles, chez l'homme, sur les fonctions digestives et circulatoires, et doit être rejeté.

La théobromine elle-même a quelques inconvénients. Lorsqu'on dépasse la dose de 2 ou 3 grammes, et surtout

celle de 5 grammes, on peut voir survenir de la céphalalgie; il existe du reste, à ce point de vue, des intolérances individuelles. Le meilleur moyen de les éviter est de fractionner les doses, en commençant par 1 gr. 50 par jour, et en augmentant d'une façon progressive. La céphalalgie théobromique commence par une des tempes, puis s'étend progressivement de l'autre côté, jusqu'à envahir la région occipitale, et elle se fixe sous forme de resserrement violent et de casque ; on l'observe dix fois sur cent cas, et elle est parfois intolérable. Deux fois, M. Huchard a constaté quelques phénomènes d'excitation cérébrale. Enfin, assez rarement, il se produit des nausées, des vomissements, si les doses sont élevées.

La théobromine semble agir par une action directe et élective sur l'épithélium rénal ; chez les malades à urine normale, M. Huchard ne l'a vue qu'une fois provoquer une albuminerie très légère et de très courte durée. Dans trois cas, chez des cardiaques albuminuriques arrivés à la période d'acystolie avec œdèmes périphériques et congestions viscérales, l'albumine augmenta d'une façon assez considérable au moment de la production de la diurine.

La théobromine n'agit pas directement sur le cœur. Cependant, plusieurs fois, M. Huchard a constaté que l'impulsion cardiaque devenait plus forte et que les pulsations radiales étaient un peu moins fréquentes.

Au-dessus des reins, l'effet diurétique ne se produit pas. Le mieux est de prescrire le médicament pendant six jours, de la façon suivante : 3 grammes en six cachets de 50 cent., le premier jour ; 4 grammes en huit cachets, le deuxième jour ; 5 grammes en dix cachets, le troisième jour. Continuer avec cette même dose pendant les trois ou quatre jours suivants. On est obligé parfois d'en prolonger davantage l'emploi, et on le peut d'autant mieux que la théobromine n'a pas d'effets accumulatifs et qu'elle est à peine toxique.

A la fin de sa communication, M. Huchard a pris les conclusions suivantes :

La théobromine est un des meilleurs, des plus fidèles et des plus constants diurétiques que nous connaissions pour le traitement des anasarques ou œdèmes liés aux affections rénales ou cardiaques.

Elle appartient à la classe des diurétiques directs, agissant d'emblée sur l'épithélium rénal, dont elle exalte et exagère le fonctionnement sans l'altérer. Mais il y a lieu de rechercher si la diurèse théobromique s'accompagne réellement d'une augmentation de l'albuminurie. Dans un cas observé par nous, d'œdème considérable des membres inférieurs par compression, elle a provoqué (avec le régime lacté) une diurèse assez considérable (de 1 litre à 3,500 grammes sans amener, naturellement, la moindre diminution de l'œdème, effet diurétique que n'eût certainement pas produit la digitale, médicament indirectement diurétique et seulement actif pour les hydropisies cardiaques.

Elle agit surtout dans les cardiopathies artérielles caractérisées à la fois par la sclérose cardiaque et la sclérose rénale, puis dans toutes les cardiopathies valvulaires et compliquées d'albuminurie ou arrivées à la période d'assystolie ; enfin, dans les néphrites interstitielles ou parenchymateuses. L'association de la digitaline, de la caféine et de la théobromine n'augmente pas l'effet diurétique. Il en est de même pour l'association de la théobromine avec la lactose. Pour prolonger encore l'action diurétique du médicament, il est bon. surtout dans les affections cardiaques, d'administrer trois ou quatre jours après la dernière dose de théobromine prescrite, pendant six jours, un demi-milligramme ou un milligramme de digitaline pendant un jour.

La diurèse théobromique est très rapide ; elle se produit dès les premiers jours de son administration, ce qui est un avantage sur la digitale. Elle persiste pendant deux ou quatre jours après la dernière dose prescrite et peut s'élever jusqu'à 5 et même 6 litres. De plus, le médicament n'a pas d'effets accumulatifs, il est à peine toxique, et produit seulement, chez certains sujets, à une dose dépassant toujours 2 à 3 grammes, de la céphalagie, quelquefois des nausées et des vomissements, très rarement de l'excitation cérébrale. Comparée aux diurèses digitalique et caféique, la diurèse théobromique est plus rapide, aussi abondante et sûre que la première, plus rapide encore et plus abondante que la seconde.

La théobromine réussit souvent dans les cas où la digitale et la caféine ont échoué.

Les doses moyennes sont 2 à 3 grammes par cachet de 0,50 centigrammes. Les doses plus fortes, de 4 à 5 grammes, mais aucunement dangereuses, doivent être souvent employées.

Dans les maladies infectieuses, où la dépuration urinaire joue un si grand rôle, et aussi dans les maladies graves du foie intéressant la cellule hépatique, dans les cirrhoses, l'emploi combiné du régime lacté et de la théobromine, à la dose de 2 à 3 grammes par jour, en assurant et en augmentant la diurèse, produit de très bons résultats thérapeutiques.

— Pour M. Bardet, l'action prédominante de la théobromine sur l'épithélium rénal est contestable. Il ne comprend pas bien le mécanisme d'un diurétique susceptible d'agir par action privilégiée sur l'épithélium du rein. L'épithélium est une couche de revêtement dont le rôle est toujours passif ; comment une drogue peut-elle rendre un épithélium plus ou moins perméable ? L'action est admise, elle est peut-être possible, mais elle doit être dans tous les cas très secondaire, et les diurétiques capables d'agir sur l'épithélium exerçent une action altérante dangereuse.

M. Bardet ne croit pas qu'un médicament soit capable d'agir sur l'ascite, en empêchant l'extravasation du liquide contenu dans les vaisseaux, sans qu'il possède en même temps la propriété d'augmenter la tension artérielle, et de diminuer ainsi la tendance à la stase capillaire. La véritable cause de l'action diurétique de la théobromine se trouverait, pour une bonne part, dans son activité vasomotrice. Ce pouvoir diurétique est certain, mais le médicament doit être rangé après la caféine, comme la boracine après la strychnine.

— MM. E. Berger et E. Voght recommandent l'association médicamenteuse suivante :

Antipyrine....................	2 gr. 50.
Phénacétine..................	1 gr.
Acétanilide..................	0 gr. 50.

M. et divisez en huit cachets de 50 centigrammes chaque.

Avec cette formule, la toxicité serait réduite au minimum.

Presque toujours, chez les fébricitants, on obtient une sensation d'emphorie très caractérisque. L'action analgésique est aussi très nette.

L'Union médicale du Canada nous apprend qu'un médecin de San Francisco vient de faire construire une maison occupée exclusivement par des bureaux de médecins. Au rez-de chaussée, officine de pharmacie ; en sous-sol, bains médicinaux où le public n'est reçu que sur prescription du médecin. Laboratoire, bibliothèque, salle d'opérations. Onze médecins et un dentiste sont déjà installés.

LES LIVRES NOUVEAUX

Aide-mémoire de l'examen de médecin auxiliaire, par Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 288 pages. — Paris, 1896, J.-B. Baillière.

L'accueil favorable qu'a rencontré, parmi les étudiants et les praticiens, la collection des « *Aide-mémoire* de Lefert », a engagé l'auteur à publier ce nouveau volume qui forme le complément naturel du *Manuel du doctorat en médecine*.

Sous le titre d'*Aide-mémoire de l'examen de médecin auxiliaire*, il a fait un guide pour l'étude des questions qui constituent l'examen d'aptitude au grade de *médecin auxiliaire* et à celui de *pharmacien aide-major de 2e classe*.

Le candidat qui voudra se borner à la préparation de l'examen trouvera dans cet *Aide-mémoire* tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour le passer avec succès.

L'auteur a fait précéder l'étude des matières de l'examen des *Programmes officiels* et des notions sur le *Recrutement des médecins et pharmaciens militaires*, sur les *Formalités à remplir pour se présenter à l'examen*.

Ce petit livre pourra rendre également service aux aides-majors et aux majors de Réserve et de Territoriale. Toutes les fois qu'ils seront appelés pour une période de service, ils pourront y repasser rapidement les différents détails qu'ils auraient oubliés.

ÉCHOS & NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil général des Facultés, dans sa dernière séance, a dressé sa liste de présentations pour le décanat de la Faculté de médecine de Paris : en première ligne, M. Brouardel, doyen sortant ; en deuxième ligne, M. Potain.

Les cours seront suspendus dans les Facultés le jour de la Mi-Carême. Les congés de Pâques commenceront le 29 mars et finiront le 12 avril.

Concours de chirurgie. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 19 mars pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Arrou, Benoit, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Lyot, Mauclaire, Morestin, Peraire, Reblaud, Rieffel, Souligoux, Thiéry, Villemin, Wassilieff.

Le jury est provisoirement constitué de la sorte : MM. Péan, Le Dentu, Guéniot, G. Marchant, Cruveilhier, Reclus, Déjérine.

Internat de Saint-Lazare. — Le concours de l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Poulain, Bouchard, Boirson, Siburt, Vaslet de Fontaubert et Ganière.

Internes provisoires : MM. Hitié, Gassier, Robin, Lucas, Judot de Lacombe et Lourié.

Pension de Mme Pasteur. — Par décret, en date du 19 février 1896, la pension civile de 25,000 francs, concédée à titre de récompense nationale à M. Louis Pasteur, par la loi du 2 août 1883, sera reversée en totalité sur la tête de Mme Laurent (Marie-Anne), veuve Pasteur, née le 15 janvier 1826, à Clermont-Ferrand. — Cette pension, non soumise aux lois particulières du cumul, sera ordonnancée dans le département de la Seine, et la jouissance en commencera à courir du 29 septembre 1895, lendemain du décès de M. Pasteur.

Hôpital de la Pitié. — Nous sommes heureux d'annoncer que M. Reclus, complètement rétabli, reprendra le 15 son service chirurgical, dont il vient d'être éloigné quelque temps pour raison de santé.

Les Étudiants étrangers à la Chambre des Députés. — M. G. Berry, vient de déposer la proposition suivante :

« Article premier. — Tout étudiant qui s'inscrira dans une Faculté des sciences pour poursuivre des études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, devra avoir été reçu aux examens des baccalauréats français.

« Art. 2. — Nul ne pourra se présenter au concours d'internat des hôpitaux ni être attaché comme médecin à un service public dépendant des communes, des départements ou de l'État, s'il n'est Français ou naturalisé Français »

Dans l'exposé des motifs qui précède cette proposition, M. G. Berry rappelle que les étudiants étrangers ne se trouvant pas soumis aux mêmes obligations que nos compatriotes, ces derniers sont par suite en état d'infériorité préjudiciable à leurs intérêts.

Faculté de Lyon. — Le concours pour trois places d'aides d'anatomie pour la Faculté de médecine de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. Delore, Gayet et Denis.

Faculté de médecine de Lille. — M. Curtis, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la dite Faculté.

M. Laguesse, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'histologie à la dite Faculté.

M. Combemale, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique à la dite Faculté.

La Société royale médico-chirurgicale de Londres a, dans sa dernière séance, élu membres honoraires dix étrangers, parmi lesquels trois Français : MM. Fournier, Laveran et Pierre Marie.

Hôpital Tenon. — M. Bazy fera tous les samedis et mardis, à 9 heures et demie, des conférences sur les maladies des voies urinaires.

Conférence d'Externat. — MM. Herbet, Lardennois, Le Fur, ont commencé une Conférence d'externat à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique) et la continueront tous les vendredis, à 3 h. 1/2.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

NOTE
SUR
LES TRAITEMENTS RÉCENTS DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

Par le Dr BAZY, chirurgien de l'hôpital Tenon

Depuis la note publiée dans ce journal par White, de Philadelphie, sur le traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration, depuis surtout son deuxième mémoire lu le 28 mai 1895, à la réunion de l'Association chirurgicale américaine, à New-York, et le lendemain à Niagara-Falls, à la réunion de l'Association génito-urinaire américaine, quelques chirurgiens ont eu l'attention attirée dans tous les pays par la possibilité de guérir par des méthodes indirectes l'hypertrophie prostatique. C'est ainsi qu'on a été amené à faire la castration soit simple, soit double, la ligature des cordons spermatiques, la résection et la ligature des canaux déférents.

L'étude complète de la question m'entraînerait trop loin; je ne puis que la résumer, me proposant de la traiter, avec tous les détails qu'elle comporte, dans un travail que nous devons faire paraître incessamment, mes internes Escat et Chaillous et moi, dans la *Revue de Chirurgie*.

Je ne reviendrai pas sur le point de départ de la méthode exposée par White, ici, et qui réside dans l'analogie établie par Velpeau, puis par Thompson, entre les fibro-myomes utérins et l'hypertrophie prostatique.

Je n'insisterai pas non plus sur la revendication exercée par notre collègue et ami Launois qui, nous dit-il, dès 1884, exposait ses idées sur les rapports entre les testicules et la prostate, et sur l'influence que pouvait exercer la castration sur l'hypertrophie prostatique. Ces idées, exposées verbalement dans le service de M. Guyon, dont il était interne, durent de ne point être publiées, à l'opposition formelle qu'elles rencontrèrent de la part du chef de service.

Au reste, peu importe; Ramm, White et Launois ont été les créateurs ou les premiers défenseurs de cette méthode thérapeutique.

La répugnance des malades et des chirurgiens à accepter et à proposer la castration en a conduit quelques-uns à lui substituer la résection avec ou sans ligature des canaux déférents.

Harrison, dès 1893, publiait une observation déjà ancienne. Haynes (de los Angeles) en publiait une autre. Pavone, puis Isnardi, en publiaient d'autres cas; après eux vinrent Chalot, Guyon, Routier.

La ligature et la résection des cordons spermatiques a été proposée par White et expérimentée par

FEUILLETON

Médecins experts et Jurée.

On a souvent demandé l'institution en France d'un corps de médecins légistes, préparés à remplir les très difficiles et très délicates fonctions d'expert, par une instruction spéciale et des études surajoutées aux études médicales ordinaires. L'expression de ce vœu ne renferme rien de blessant pour nous, parce qu'il n'est pas né d'un sentiment de défiance à notre égard, ni d'une méconnaissance de notre valeur, mais seulement d'une fort nette et tout à fait juste compréhension de la tâche particulièrement lourde et presque redoutable qui nous incombe, lorsque nous sommes appelés à éclairer les magistrats ou les jurés. Nous sommes les premiers, j'en suis sûr, à redouter d'avoir ce rôle à jouer, témoin le nombre de nos confrères qui, sollicités de le remplir, se récusent. On ne saurait donc accuser d'hostilité, de mauvaise foi ou de parti pris les hommes, mûs par de tout autres motifs, qui font remarquer combien souvent le médecin appelé à déposer comme expert est insuffisant et dangereux.

Insuffisant? Pourrait-il ne pas l'être? Lorsqu'on réfléchit à la quantité et à l'étude des notions qu'il lui faut posséder pour être à la hauteur de sa tâche, à la diversité des cas qui lui sont soumis, à la précision et à la souplesse d'esprit en même temps dont il doit être doué, s'il est une chose dont on ait lieu d'être surpris ce n'est pas que l'expert soit parfois inférieur à sa mission, c'est qu'il y soit souvent égal.

Toutes les branches de l'art médical lui devraient être absolument familières; dans toutes, en certains cas, il faudrait qu'il fût un maître; et cela est impossible. On peut être un chirurgien de valeur incontestée, ou le plus habile thérapeute et n'avoir jamais eu que des relations peu suivies avec la neuropathologie et la psychiatrie. La réciproque est vraie, comme on dit en géométrie. Or, pour la Justice qui, soit dit sans l'offenser, n'est pas une personne de progrès, toutes ces chances multiples, dont chacune suffirait à remplir plusieurs vies, ne sont que des

lui sans succès, puis faite par Mears, Stafford, etc., par moi-même dans un cas que je publierai.

Toutes ces méthodes ont eu des succès et des insuccès.

Il faut dire cependant que le plus grand nombre de succès appartient à la castration, et à la castration double.

Je dis castration double, parce qu'on a proposé la castration simple, qui aurait l'avantage de la castration double sans en avoir les inconvénients. Or, il est bien démontré que l'absence ou l'ablation d'un seul testicule n'a aucune espèce d'influence sur le volume de la prostate ni sur la miction.

S'il est vrai que les individus atteints de cryptorchidie, d'atrophie congénitale ou infantile des testicules aient une prostate atrophiée rudimentaire, il n'en est pas de même des monorchides. J'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de monorchides atteints d'affections des voies urinaires, et chez lesquels j'ai été amené à examiner la prostate ; chez aucun je n'ai trouvé d'asymétrie. Mon attention a redoublé depuis la publication des faits de castration simple ou double, dans l'hypertropie prostatique ; or, mes examens n'ont fait que me confirmer dans mes premières remarques.

Les atrophies ourliennes se comportent de même; les castrations simples pour néoplasmes ont le même résultat. Godard l'avait remarqué depuis longtemps.

L'atrophie prostatique a donc pour condition l'atrophie ou la disparition des deux testicules. Tant qu'il en reste un, il semble qu'il y ait une *sécrétion interne*, indépendante de la spermatogénèse, suffisante pour maintenir l'intégrité prostatique.

C'est la conservation de cette sécrétion interne qui semble dominer la situation bien plus que la sécrétion des spermatozoïdes, parce qu'on ne s'expliquerait pas beaucoup comment l'hypertrophie prostatique se montre à une époque où cette spermatogénèse s'affaiblit et devient même nulle.

Cette atrophie testiculaire double, qui semble être la condition de guérison de l'hypertrophie prostatique, on l'a cherchée dans la résection et la ligature des canaux déférents.

Assimilant les glandes testiculaires aux autres glandes de l'organisme, on a pensé qu'en oblitérant son conduit excréteur, on déterminerait l'atrophie du testicule, comme on atrophie les glandes salivaires, le pancréas, le rein, etc., par la ligature de leurs canaux excréteurs, de manière à en amener la disparition totale.

Mais on n'a pas réfléchi que le testicule échappe précisément à cette loi.

La tératologie, en nous faisant voir un testicule presque normal avec un canal excréteur absent; la pathologie, en nous montrant l'intégrité du testicule conservée, malgré des oblitérations du conduit excréteur (épididymites, funiculites blennorrhagiques et tuberculeuses); l'expérimentation, en faisant voir que la section des canaux déférents n'était suivie d'aucune modification du testicule, qu'elle laissait les individus aptes au simulacre de la reproduction, comme l'ont montré depuis longtemps A. Cooper et Curling, tous ces faits devaient nous mettre en garde contre la réalité des effets dans l'application de cette conception fausse.

Et cependant on a cité des observations suivies de succès partiels, d'améliorations plutôt que de guérisons. Comment les expliquer ? A mon avis, de deux façons, l'une me paraissant plus probable que l'autre.

Dans la première hypothèse, il ne s'agirait que d'une coïncidence. Il ne faut pas abuser du mot;

---

chapitres d'un même livre. Pour elle il n'y a pas de chimistes, il n'y a pas d'aliénistes, il n'y a pas de physiciens ni de micrographes, il n'y a que des médecins. Nous ne pouvons même pas, comme maître Jacques à Harpagon, lui demander si c'est à son cocher ou à son cuisinier qu'elle désire parler, et changer de casaque suivant sa réponse. Elle ne connaît ni cocher ni cuisinier; nous sommes la bonne à tout faire et devons suffire à toutes les besognes. Pour un peu, elle ajouterait qu'elle nous paie assez grassement pour avoir le droit de tout exiger de nous. Par la force des choses, le médecin doit donc quelquefois être un insuffisant expert, et dès qu'il est insuffisant il est extrêmement dangereux.

Il l'est pour deux raisons : par sa propre faute et par la faute de ceux auxquels il s'adresse.

Voici des juges et des jurés. S'ils font appel à nos lumières, c'est qu'ils sont incapables par eux-mêmes de se faire une opinion raisonnée sur les choses qui nous sont soumises. Les questions qu'on nous pose, les solutions que nous avons à fournir sont d'un tel ordre que personne autre que nous ne peut y satisfaire. Les hommes qui vont nous interroger et nous entendre peuvent bien avoir une opinion préconçue, toute de sentiment ou d'instinct, sur les faits de la cause. Mais leur responsabilité est si haute qu'ils s'empressent de faire abstraction de leurs idées personnelles pour adopter les nôtres. Cest un repos ou un refuge pour leur conscience. Quelle que soit ensuite la décision prise, aucun remords ne les trouble : l'expertise médicale est leur garantie. C'est un grand et admirable et éternel symbole, celui du proconsul pour la province de Judée qui, à la face du peuple hurlant de haine et de sauvagerie, se lavait les mains du sang du Juste. Il y a en tout homme un Ponce-Pilate qui sommeille, tout prêt, comme l'autre, à se faire apporter l'eau dans le bassin d'argent. Songez donc combien il est terrible de porter toute sa vie le fardeau d'une erreur commise, le soupçon seul et la possibilité de cette erreur ! Et qui, parmi les meilleurs, le pouvant, ne s'exonérerait de cette charge ? Cette faiblesse, au reste, n'est pas blâmable, elle est à l'honneur de notre espèce, elle est le critérium de notre pitié et de notre philosophie; son mobile est noble, et je ne la signale point pour la condamner. Mais elle existe, et je la constate parce

mais ces coïncidences sont fréquentes dans l'évolution des symptômes de l'hypertrophie prostatique, car il n'est pas rare de voir la miction devenir plus facile ou plus difficile à la suite de la plus petite influence.

La simple constipation peut empêcher la miction, qui redeviendra facile à la suite d'un simple purgatif ou d'un lavement.

J'ai déjà cité le cas d'un malade n'ayant pas uriné depuis huit mois, et qui. dans la nuit qui a précédé une lithotritie, a uriné deux fois abondamment, qui a uriné pendant l'opération, qui a reperdu ensuite pendant une quinzaine de jours la faculté d'uriner seul, et qui, maintenant, plus d'un mois après, continue à n'avoir besoin de se sonder que deux fois par jour, matin et soir, et encore pourrait-il s'en dispenser peut-être une fois. Or, le calcul n'agissait pas ici mécaniquement, et sa disparition n'a été pour rien dans le retour de la miction.

Voilà un exemple; on pourrait en citer beaucoup d'autres.

L'autre hypothèse est celle de la section des nerfs de Cooper qui accompagnerait la section des canaux déférents; Prjewalski pense avoir démontré que l'excision de ces nerfs amène l'atrophie de la prostate.

Quant à la nécessité de la ligature des canaux déférents admise par Isnardi, ligature pouvant amener seule l'oblitération des canaux, condition indispensable de l'atrophie testiculaire, elle n'est rien moins que prouvée, attendu que cette oblitération a lieu, ainsi que A. Cooper et Curling l'ont démontré depuis longtemps, après la simple section, sans cependant atrophier le testicule.

La section des canaux déférents a pour but de laisser à l'homme le testicule moral.

C'est pour obéir à cette prescription qu'on a proposé de remplacer le testicule absent par des corps étrangers aseptiques.

C'est dans ce même but que je pourrais proposer chez l'homme, *ce que j'ai fait chez le chien*, à savoir l'ablation du testicule seul, en laissant l'épididyme, ou la ligature du testicule entre lui et l'épididyme, de façon à en amener l'atrophie.

Cela serait d'autant plus indiqué, si on se décidait à une opération, que l'épididyme est en général volumineux chez les prostatiques, et que leur illusion pourrait être conservée; le résultat serait, dans tous les cas, aussi complet qu'avec une opération amenant l'atrophie du testicule.

Toutes ces opérations ont donné des succès et des insuccès thérapeutiques; il n'est pas encore possible, parce que les renseignements fournis par les observations sont insuffisants, de préciser les indications de cette opération. A l'enthousiasme du début pour la castration a succédé une période de réaction qui se traduit actuellement par du scepticisme.

Ce scepticisme doit avoir pour conséquence un examen approfondi des cas à traiter, l'étude bien complète du malade, l'état de la prostate, celui de la vessie, afin de pouvoir tirer des conclusions fermes.

Dans tous les cas, il faudrait, pour juger une méthode thérapeutique applicable aux prostatiques, ne prendre que des cas anciens, ceux dans lesquels la probabilité du retour de la miction spontanée est faible ou nulle, et non les cas récents, ceux qui en sont à leur première ou deuxième atteinte de rétention. Ici, en effet, les chances du retour de la miction spontanée sont tellement grandes, que toute intervention, quelle qu'elle soit, peut amener un résultat, attendu que le même résultat peut être obtenu sans intervention d'aucune sorte.

---

qu'elle fait comprendre en grande partie l'influence que nos déclarations exercent et le poids dont elle pèsent sur le jugement.

Il n'y a là qu'un des éléments de notre action : voici l'autre. Si le premier est de la part du juge une défiance de lui-même, le second est un acte de confiance, un acte de foi en nous, dont nous ne pouvons être que très flattés, mais qui doit nous imposer la plus scrupuleuse circonspection.

Le public se fait de la médecine une idée absolument fausse, la seule, il faut bien l'avouer, qu'il puisse s'en faire. Pour lui, la médecine se compose d'un corps de doctrines, d'une somme de propositions fermes et sûres, qui s'apprennent comme l'histoire, la géographie, les mathématiques. Il se représente que, imbus, pénétrés de théorèmes dont l'ensemble constitue notre art, nous pouvons, à leur aide, résoudre les problèmes qui nous sont proposés, à peu près comme on résout un problème d'algèbre, avec plus d'aisance encore. Partant des données qu'on nous fournit, nous devons arriver, croit-on, à une solution certaine. On veut bien, comme en mathématiques, admettre que la solution soit négative, ou positive, ou indéterminée, mais on ne suppose pas qu'il soit impossible de la formuler. Cet état d'esprit si faux nous est attribué chaque jour par la nature et la forme même des questions dont nous sommes assaillis dans la pratique courante; et il a cette conséquence que chacun a une invincible tendance à accepter pour vérités certaines et démontrées les conclusions auxquelles nous arrivons.

Le phénomène que j'essaie de définir n'a rien de surprenant; il est d'un ordre très général, car c'est une condition de notre intelligence de se reposer, sur les choses qu'elle ignore, sur les affirmations de ceux qui les connaissent ou sont supposés les connaître. Il n'y a pas là une exception en notre faveur, et, tout ce qu'on peut dire, c'est que le fait est un peu plus marqué en ce qui nous concerne, parce que l'objet de nos connaissances est le plus spécial de tous, et le plus éloigné des communes et vagues notions que les hommes de quelque éducation ont sur la plupart des sciences.

Aussi le juge qui nous écoute, lorsqu'il a été ballotté par les incertitudes et les contradictions de l'interrogatoire et

On a prétendu que ce résultat, quand il se montrait, était dû, non à la diminution du volume de la prostate par changement anatomique, mais à la décongestion de l'organe permettant la miction.

Mais cette décongestion n'est pas prouvée ; de plus, elle survient dans bien des circonstances où la miction n'est pas rétablie par cela même.

On a négligé un autre organe, la vessie, dont l'influence est si importante. Cette influence, je l'ai montrée à propos de la rétention dans les rétrécissements, dans un article paru dans ce journal et dans la thèse de Condamy : elle peut être aussi grande chez les prostatiques.

Ces opérations seraient dynamogéniques, par rapport à la vascularisation et à la contractilité vésicales.

Mais avant de recourir à ces opérations, il ne serait peut-être pas mauvais d'essayer d'un traitement dont les effets ne sont pas irréparables, ce qui lui constitue une supériorité sur les opérations ; ce serait l'opothérapie thyroïdienne, telle que je l'ai instituée (voir *Presse Médicale*, 29 février 1896), ou prostatique comme Reinert et moi l'avons essayé.

En écrivant cet article, j'ai eu pour but de mettre nos confrères en garde contre des tentatives thérapeutiques irréparables, contre des enthousiasmes, des emballements qu'ils pourraient regretter, et les avertir que le succès pourrait ne pas toujours suivre les opérations qu'ils pourraient, sur la foi des autres, conseiller.

Ecole de Marseille. — Le concours pour une place de chef de clinique d'accouchement, près l'Ecole de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paul Reynaud.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Bordier est chargé d'un cours de physiologie

BULLETIN

Il y a peu de jours, M. Dubois, chargé du rapport sur les subventions à accorder aux laboratoires des hôpitaux, donnait le détail des dépenses faites pour chacun, et mettait en évidence, du même coup, la pénurie de nos services hospitaliers en ce qui touche le côté scientifique de la pratique.

Comme on le sait, et il est presque inutile de le répéter, c'est à un médecin seul qu'est aujourd'hui donné un laboratoire, ce qui fait que pour en obtenir un, il est nécessaire de faire des démarches qui ennuient beaucoup de chefs de service.

De plus, si on consulte les sommes allouées à chacun de ces laboratoires particuliers par le Conseil municipal, on voit qu'elles ne dépassent pas la somme de 2,000 francs, somme tout à fait minime, qui est donnée plusieurs fois dans certain hôpital et qui, divisée, ne donne pas le résultat que le même argent donnerait si tout était dépensé dans le même laboratoire.

Aussi, tout en rendant justice aux travaux qui se font à l'heure actuelle dans chacun de ces laboratoires, M. Dubois faisait-il observer, et avec juste raison, qu'au lieu de subventionner plusieurs laboratoires dans un même hôpital, il serait plus utile d'en créer un seul plus vaste dans chaque établissement particulier.

Il est certain que cette mesure serait plus équitable aujourd'hui ; en effet, on se demande pourquoi M. X..., du corps des hôpitaux, a un laboratoire, tandis que son collègue Y... n'en a pas.

Il est même extraordinaire de voir un des plus grands hôpitaux de Paris, le plus important peut-être, l'hôpital Lariboisière, qui n'a pas le moindre

des témoignages au milieu desquelles il lui est si difficile de se faire une opinion, éprouve-t-il une impression de soulagement qu'on peut traduire de la sorte : « Je vais enfin entendre une parole ferme et vraie, dite par un homme qui sait, qui possède la certitude, et qui n'a ici aucun intérêt contraire à celui de la vérité. Je puis, en toute sécurité, me reposer sur son assurance et me débarrasser sur lui du poids de mes doutes ». En effet, ce juge dont nous allons forger l'opinion à l'image de la nôtre, et que tout porte à nous croire, y est plus irrésistiblement entraîné encore par l'impossibilité où il est d'exercer sur nos dires le moindre contrôle personnel. De là la redoutable puissance de nos dépostions, que soulignent non seulement les verdicts, mais l'intérêt poignant, l'émotion suprême, qui s'emparent de tous quand nous apparaissons a la barre.

Ainsi, scrupules et timidité de conscience d'une part, confiance dans nos affirmations, presque sans bornes et en quelque sorte fatale, d'autre part, telles sont, du côté des juges, les conditions qui nous font très forts, et, par conséquent, très dangereux.

Mais le danger existe aussi de notre côté, il faut avoir le courage et la franchise de le reconnaître et de l'avouer tout haut.

Je ne parle point des erreurs qu'il nous arrive de commettre. Quelle profession et quel homme en sont à l'abri ? Quand il s'agit de ces erreurs en quelque sorte inévitables, qui tiennent à la part d'inconnu qu'il y a dans toutes les choses humaines, on doit les appeler des malheurs et non pas des fautes. Celles-là, nous n'en sommes point responsables, et il y a plus d'un siècle que Dionis s'élevait déjà contre la sottise qu'on avait, de son temps, comme du nôtre, comme toujours, de nous les imputer à crime. Les fautes dont je veux parler sont d'un autre genre.

Nous sommes, par habitude et par nécessité professionnelles, coutumiers d'une grande netteté de vues, de beaucoup de précision d'esprit et d'une promptitude et d'une solidité de décision qui ne se retrouvent guère au même degré que chez les militaires. Mais ce qui est qualité dans la vie ordinaire peut devenir un grave défaut dans les circonstances auxquelles je fais allusion. Obligés tous les jours de tirer des hypothèses du diagnostic des conséquences qui

petit endroit où on puisse faire un examen microscopique. Quant aux recherches bactériologiques, si importantes aujourd'hui, il n'en est pas, bien entendu, question.

Cela est fâcheux à tous les points de vue; d'abord au point de vue de la science, car, dans un hôpital aussi actif, il se perd chaque jour des matériaux précieux qui auraient pu être utilisés; et aussi au point de vue de l'intérêt des malades, dont le traitement pourrait être éclairé par un examen bactériologique, et modifié suivant le résultat des recherches entreprises.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 10 MARS 1896

Au début de cette séance des plus intéressantes, et par le nombre des communications et par leur importance, M. DIEULAFOY présente une *étude sur l'appendicite*, dont il a déjà publié les conclusions, il y a quelques semaines, à la Société médicale des hôpitaux (1). Après avoir montré que tous les accidents imputés autrefois à la typhlite (engorgement fécal, engouement, inflammations des parois du cœcum) doivent être uniquement rapportés à l'appendicite. M. Dieulafoy arrive à la pathogénie de cette affection. Il rejette d'abord les vieilles opinions sur ce sujet et en particulier la pénétration dans l'appendice de corps étrangers, introduits avec les aliments. Deux grandes causes dominent toute la pathogénie de l'appendicite : *les calculs* qui se forment dans le diverticule intestinal, et l'*infection locale* de l'appendice. Les calculs, sphériques ou le plus souvent allongés dans le sens du canal appendiculaire, sont formés surtout de sels de chaux, phosphates et carbonates agglomérés par le mucus provenant des glandes de l'organe; au centre, on trouve une matière organique stercorale brunâtre; ces calculs sont souvent formés de couches stratifiées, qui démontrent leur formation lente. M. Dieulafoy combat vivement l'opinion de M. Talamon, d'après laquelle les calculs arrivent dans l'appendice, formés préalablement dans le cœcum, et il cite à l'appui de sa thèse l'opinion de Rochaz, basée sur de minutieuses recherches.

(1) Voir *Union Médicale* du 15 février.

L'appendicite infectieuse, ne reconnaissant pas pour cause la présence de calculs, est niée par quelques auteurs. Elle existe cependant, et les exemples en sont même assez fréquents.

Il existe de nombreux faits cliniques et aussi de nombreuses expériences démontrant que les micro-organismes d'une anse intestinale herniée ou obstruée d'une façon quelconque, pullulent d'une façon considérable et augment considérablement de virulence; ils peuvent alors traverser les parois de l'anse intestinale malade et infecter le péritoine, sans même qu'il y ait perforation. Il en est de même dans la transformation de l'appendice en cavité close, par exemple par lithiase appendiculaire. De très nombreux faits cliniques ont démontré la réalité de cette transformation dans la pathogénie des accidents de l'appendicite, et les récentes expériences de MM. Roger et Josué sont, à ce point de vue, tout à fait démonstratives (1).

M. Dieulafoy étudie ensuite le rôle de l'hérédité dans l'appendicite et rapporte de nombreux exemples d'appendicite familiale. Il arrive enfin à la description des symptômes et à l'évolution de l'affection; il combat très vivement les opinions de M. Talamon, en particulier sur la production des coliques appendiculaires. Enfin, après avoir déclaré qu'il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite et que l'intervention chirurgicale est seule logique, M. Dieulafoy termine sa communication par les conclusions qu'il a déjà formulées, ainsi que nous l'avons dit, à la Société médicale des hôpitaux.

— M. PINARD expose ensuite les résultats encourageants obtenus par quelques-uns de ses élèves, MM. VARNIER, CHAPPUIS, CHAUVEL, FUNCK-BRENTANO, dans leurs tentatives de photographie intra-utérine par les rayons X.

L'expérience a été faite sur un utérus gravide de trois mois et demi, provenant d'une femme morte d'anémie

(1) Voir *Union Médicale* du 8 février.

doivent être aussi rigides que si nos hypothèses étaient d'incontestables vérités, nous en arrivons, peu à peu, à les considérer comme telles. Nous sommes, en agissant de la sorte, d'une si absolue bonne foi, que nous n'hésitons pas à proposer à d'autres ces mêmes hypothèses pour de sûres vérités, à en fournir la démonstration et à convaincre. Je répète que cela nous est une nécessité au point de vue de l'efficacité de notre action médicale. Or ces habitudes d'esprit lentement acquises pendant des années et d'autant plus solidement implantées, nous ne pouvons pas toujours nous en abstraire dans les moments où il serait si utile de les oublier. C'est pourquoi, experts appelés en justice, nous apportons dans nos dépositions un absolutisme qu'elles ne comportent point toujours. Si le cas est litigieux, difficile, obscur, nous nous efforçons de l'élucider, comme en clinique, de nous faire une opinion arrêtée, de nous former une conviction, et c'est cette conviction que nous exprimons sans réserve à la barre, que nous y défendons, que nous nous efforçons d'y faire triompher. Pour y réussir, nous accumulons les arguments, nous accumulons les probabilités, nous accumulons les affirmations; nous soutenons quelquefois des sortes de discussions avec les jurés, les défenseurs, le ministère public, et alors (ceci est trop humain pour qu'on fasse plus que le regretter et qu'on aille jusqu'au blâme), l'amour-propre, le désir d'avoir raison s'en mêlant un peu, nous dépassons les limites que peut-être nous nous étions tracées, nous devenons trop sûrs de nous, l'énergie de nos informations s'exagère, nous allons au delà de la vérité ou nous la déformons. Ce danger, dont on ne peut nier l'imminente réalité, sera toujours d'autant plus grand que les circonstances de la cause s'éloigneront davantage de la compétence particulière de l'expert désigné pour les examiner, parce que les motifs de doute seront alors plus nombreux, les chances d'erreur plus sérieuses; parce que le champ des suppositions et la part de l'inconnu seront plus vastes, et parce que, malgré plus de contingences entassées, ses conclusions resteront souvent trop rigoureuses, sans une part de réserve suffisante et proportionnelle à la part même de ces contingences. Ces réflexions, chacun le devine, m'ont été suggérées par la lecture des débats de l'émouvante affaire qui vient de se dérouler devant la Cour d'assises du Puy-de-Dôme.

pernicieuse. Sur les photographies, la silhouette du fœtus se détache très nettement et l'on peut juger exactement de son attitude.

— Voici deux faits qui apportent certainement un sérieux appoint à la théorie de la contagion du cancer. Ils sont présentés par M. GUERMONPREZ, de Lille.

Dans le premier, il s'agit d'un médecin qui, porteur d'une pustule acnéique de la région temporale, grattait souvent cette région avec ses ongles. A ce moment, il avait dans sa clientèle plusieurs cas d'épithélioma utérin. Or, quelque temps après, se produisait, dans la région temporale, une tumeur qui fut enlevée et que l'examen histologique fit reconnaître pour un épithélioma.

Dans le deuxième fait, il s'agit de M. Guermonprez lui-même. En opérant un malade atteint de cancer de la mâchoire supérieure, l'ongle de son index droit se retourna à la suite d'un mouvement brusque du malade. Craignant une inoculation, M. Guermonprez se réséqua immédiatement une portion du lit unguéal et lava soigneusement la plaie au sublimé. Malgré tout, un mois après, apparaissait, sous le bord libre de l'ongle, une petite verrue qui grossit, résista pendant dix neuf mois aux divers traitements employés, et ne céda qu'à l'emploi de collodion pyrogallique au 1/3.

— La question de l'intervention chirurgicale dans *les luxations congénitales de la hanche*, soulevée, dans la dernière séance, par M. Calot, de Berck, est reprise aujourd'hui par M. BROCA :

« Depuis cinq ans, dit-il, j'étudie le traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, et je crois être le chirurgien français qui en a la plus grande expérience, puisque je base mes appréciations sur trente-sept interventions. Ce traitement a été inauguré par Hoffa et perfectionné par Lorenz : le procédé que vient de décrire M. Calot, par incision externe, passant entre le *fascia lata* et le moyen fessier, est exactement celui de Lorenz, et il était bon de le spécifier. Peut-être est-ce la méthode d'avenir et j'ai commencé à la mettre à l'étude, mais ce que j'affirme, c'est qu'on a dénaturé la valeur exacte et les dangers du procédé que j'ai décrit au Congrès de Bordeaux. Dans ce procédé, j'aborde la capsule par l'incision de Langenbeck, entre deux faisceaux du grand fessier, et après avoir relevé en un volet les muscles trochantériens avec ostéotomie temporaire du trochanter; je ne sectionne pas ces muscles, il n'y a pas d'hémorragie, il n'y a pas de choc. Et si, au Congrès de Bordeaux, ma statistique comprenait 3 décès sur 27 cas, actuellement elle reste à 3 décès sur 37 cas; et avec un aide, toujours le même, M. Delanglade, j'ai opéré actuellement 31 cas de suite sans un seul décès. On peut porter le jugement qu'on voudra d'après des chiffres obtenus en réunissant des faits épars, dus à des chirurgiens différents, mais on n'a pas le droit de dire qu'il fallait une technique nouvelle pour rendre l'opération bénigne. En avril 1895, j'ai publié vingt deux opérations de suite sans un décès, et j'ai affirmé que l'opération bien conduite était bénigne; et ce que j'ai observé depuis n'a fait que confirmer mon dire.

« J'en arrive à la question des résultats : ici encore il ne faudrait pas croire que tout fût mauvais jusqu'à présent et, loin d'être découragé, je trouve au contraire, les résultats satisfaisants et, de plus en plus, je suis porté à opérer. Il importe d'attendre, avant de juger, de revoir les malades à long intervalle et de les examiner à la fois au point de vue artistique et au point de vue fonctionnel, en tenant compte de la gravité des cas lors de l'opération : au point de vue artistique, constater où en est la claudication et si elle est plus ou moins disgracieuse; au point de vue fonctionnel, constater si l'enfant peut faire de longues courses.

« Si je défalque, ce qui est nécessaire, les malades décédés, perdus de vue, encore couchés ou encore soumis au traitement orthopédique post-opératoire, il reste dix-neuf opérés assez anciens pour entrer en ligne de compte dans l'étude des résultats définitifs.

« Sur ce nombre, je compte trois récidives : je crois que je les éviterai aujourd'hui.

« Les seize autres enfants ont, à un degré variable, bénéficié de l'intervention, et deux autopsies pratiquées tardivement, quatre à seize mois après l'opération parfaitement guérie, m'ont démontré qu'il se constitue en effet, une néarthrose solide. La tête est fixée, ne peut plus subir à chaque pas l'ascension, à cause de laquelle la marche est très fatigante, et la claudication particulièrement disgracieuse. Quelquefois, la claudication devient nulle après l'opération, et j'en ai observé deux cas; je présente deux malades — dont un cas de luxation bilatérale — chez lesquels elle est presque nulle, et j'aurais pu multiplier ces exemples; j'en présente une chez laquelle elle est nulle.

Supposons, maintenant, *liberæ enim sunt cogitationes nostræ*, que le verdict ait été autre, et essayons de comprendre quelle émotion il aurait soulevée, lorsqu'on aurait entendu ensuite des hommes qui sont des maîtres en la matière, affirmer que l'hystérie latente est un état morbide, imaginaire, et qui n'existe pas! que des mains de femme peuvent briser les anneaux cartilagineux d'une trachée! que les ongles n'ont pas besoin d'être aigus et durs comme des griffes pour déchirer l'épiderme et tracer dans la peau une écorchure sanglante. Je ne veux point faire ici ce que je reprocherais volontiers à nos confrères d'avoir fait : prendre parti ou avoir l'air de prendre parti dans le procès; mais, franchement, que venait faire là cet étrange diagnostic de mysticisme? Folie mystique, cela se comprendrait; mysticisme, en l'espèce, ne veut rien dire. *Sunt verba et voces*; seulement, de telles paroles étaient trop graves pour être proférées ainsi.

Il y aurait incorrection à insister, et je m'arrête pour me résumer d'un mot. Le procès de Riom a démontré, une fois de plus, l'intérêt qu'il y a à réformer les conditions des expertises médico-légales, et à créer, pour exercer les délicates fonctions de médecin légiste, un corps de spécialistes, expressément préparés à remplir ce rôle avec une indiscutable compétence.

* * *

Les morts violentes en Angleterre. — Pendant les douze mois de l'an 1895, 820 personnes habitant l'Angleterre ont perdu la vie dans des accidents de chemins de fer, tandis que 1,054 personnes ont succombé à des accidents de voiture. Il s'agit des gens tués ou mortellement blessés dans des voitures ou dans des wagons. Quant aux écrasés, quant à ceux qui ont été broyés par un train ou foulés aux pieds par un cheval, ils se partagent en 253 victimes sur la voie ferrée et 372 victimes des chevaux et des voitures. Ce serait donc le chemin de fer qui offrirait la plus grande sécurité.

Le même travail nous renseigne sur d'autres causes de mort violente. Nous y lisons que la foudre a fait 15 victimes; l'insolation, 41 ; le froid, 91 ; le foot-ball, 16; les bains froids, 2,172; le cricket, 3. Les suicidés se divisent en 2,052 hommes et seulement 677 femmes.

Sauf quatre enfants en bas âge, je n'ai opéré que des sujets dont la luxation était grave, ne permettait pas la marche pendant plus de dix minutes, et tous font aujourd'hui de longues courses sans fatigue. Chez une fillette, j'ai employé l'incision demi-circulaire, de Jæger, et la hanche étant solide, il persiste une oscillation disgracieuse, que j'attribue à la section des muscles de la fesse; aussi, ai-je renoncé à cette technique défectueuse. Avec Lorentz, j'ai remplacé après l'opération l'extension continue par l'appareil plâtré; mais l'extension pré-opératoire rend d'immenses services pour la réduction de vieilles luxations, chez les enfants de dix à quinze ans. »

— Citons encore, en terminant, l'importante communication de M. Laborde sur *la prophylaxie médicamenteuse du paludisme* et l'action médicamenteuse de la quinine, et enfin une note de M. Dumontpallier sur *le traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen de chlorate de potasse*. M. Dumontpallier présente trois malades chez lesquels il aurait obtenu un succès réel, grâce à cette thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La *luxation du nerf cubital*, étudiée dans la dernière séance par M. Schwartz, a amené M. Jalaguier à la tribune, avec une observation nouvelle.

Il s'agissait d'un cas où cette luxation s'était produite pendant l'extension rapide du bras dans le mouvement que le membre supérieur fait quand aux armes on se fend. Cet accident fut à peine remarqué par le patient, qui vint cependant consulter M. Tillaux et M. Jalaguier, et l'abstention fut décidée devant l'absence complète de troubles fonctionnels.

Depuis, la guérison s'est maintenue, sans apporter le moindre trouble à la nutrition du membre.

M. Jalaguier a fait des études anatomiques à ce sujet, études qui corroborent les données de M. Schwartz. Il a pu relever dix cas et, d'après l'étude des observations et des dissections, c'est bien à la déchirure du cubital antérieur qu'est due cette luxation.

— Un cas de *péritonite par perforation, consécutive à un ulcère de l'estomac*, fait l'objet d'un rapport de M. Michaux. C'est M. Hartmann qui a adressé cette observation à la Société. Deux hypothèses se présentaient : péritonite ou occlusion. La laparotomie fut pratiquée et on trouva un ulcère de l'estomac. Des signes prémonitoires s'étaient auparavant montrés. Il y avait eu des douleurs abdominales croissantes, du météorisme, des mauvaises digestions. L'incision montra un exsudat séro-fibrineux, purulent même par place et permit de découvrir la perte de substance de l'estomac.

La plaie de cet organe ne fut pas suturée. M. Hartmann isola la perforation à l'aide d'un tamponnement à la gaze iodoformée et la guérison se fit assez rapidement.

M. Michaux rappelle que le premier il a communiqué en France un cas de guérison pareille, qu'il avait trouvé la perforation de l'estomac, qu'il l'avait suturée en drainant l'abdomen.

Cette intervention est donc utile, et le rapporteur, étudiant les différentes statistiques qui ont été données sur la question, montre que cette perforation est assez fréquente; il cite les chiffres recueillis et, pour sa part, est arrivé à trouver en dix ans cinquante-quatre observations de ces péritonites généralisées, traitées par la laparotomie. Il cite aussi la thèse de Colin, qui avance que la perforation a lieu 70 % dans les ulcères de l'estomac ou du duodénum.

Comment se fait cette perforation? Elle s'est parfois annoncée par de la dyspepsie, de l'hyperchlorhydrie, des hématémèses; mais souvent aussi elle se produit brusquement, presque toujours après un repas plus copieux que de coutume.

Il y a alors des symptômes d'occlusion intestinale, sauf les vomissements qui sont très rares, attendu que les aliments ingérés pénètrent dans la cavité péritonéale. L'évolution de cette péritonite qui se déclare est très rapide : on a vu la mort survenir de douze à vingt-quatre heures.

Quant aux règles chirurgicales, elles sont simples. Elles consistent à ouvrir l'abdomen et à rechercher la perforation, qui est plus fréquente sur la paroi antérieure de l'estomac que sur la postérieure.

On pourra réséquer les bords de l'ulcère et suturer l'orifice, si la chose est possible; sinon, on fera comme M. Hartmann, on isolera la perforation en la laissant communiquer avec l'extérieur; on pourra même, au besoin, faire une gastrostomie, mais il faudra toujours pratiquer un drainage très large de la cavité abdominale.

Les résultats opératoires sont bons, car sur 50 cas relevés, M. Michaux a trouvé 12 ou 13 guérisons. Il faudra, bien entendu, opérer de bonne heure, et M. Hartmann a eu un véritable bonheur de guérir son malade opéré au troisième jour.

M. Routier cite aussi une observation dans laquelle il a eu affaire à une perforation de l'estomac; mais il s'agissait d'un cancer de cet organe. Le malade n'a été opéré que le troisième jour, et n'est pas mort de péritonite, mais d'inanition.

— Deux cas de *suppuration rénale* font ensuite l'objet d'une communication de M. Routier. Dans le premier, il s'agissait d'un glacier qui, portant de la glace sur le dos, avait eu la région rénale refroidie, et présentait dans le ventre une tuméfaction pour laquelle le diagnostic fut longtemps hésitant. On pensait même à une péritonite tuberculeuse, quoiqu'il y eut un peu de pus dans les urines.

La laparotomie fut pratiquée. M. Routier reconnut une tumeur du rein, qu'il ponctionna et vida, puis marsupralisa la poche. Il se fit une fistule urinaire qui n'était pas tarie au bout de six mois.

La splénectomie fut alors décidée et l'abdomen fut réouvert. Cette extirpation du rein fut relativement facile, sauf sur un point adhérent qui donna de la difficulté pour pédiculiser la tumeur. La ligature élastique du pédicule fut très utile dans cette intervention.

Le second cas a trait à une femme albuminurique qui portait une tuméfaction bien localisée dans la région rénale du côté gauche. Aussi l'incision lombaire fut-elle choisie. Le rein fut enlevé facilement, sauf encore sur un point où sa pédiculisation fut difficile. La ligature élastique rendit encore dans ce cas des services, et M. Routier la recommande.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1896

M. Galliard a entrepris une intéressante statistique, celle du *pneumo-thorax chez les tuberculeux*. « Sur 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire, dit M. Galliard, combien compte-t-on de pneumo-thorax? Pour répondre à cette question, Biach a compulsé les registres de trois hôpitaux de Vienne, pendant vingt-quatre ans; il a trouvé 433 malades atteints de pneumo-thorax sur 58,741 phtisiques; proportion 0,737 %. J'ai voulu me mettre à l'abri des erreurs que peuvent faire naître les fréquentes migrations

des tuberculeux dans les divers hôpitaux du même pays; J'ai adressé, à 348 médecins de Paris et des principales villes de France, une circulaire, les invitant à m'indiquer: 1° le nombre des malades atteints de tuberculose pulmonaire hospitalisés dans les services dont ils avaient la direction, le 22 janvier 1896, à dix heures du matin; 2° le nombre des malades atteints de pneumo-thorax simple, d'hydro ou de pyopneumo-thorax. J'ai reçu 283 réponses. J'adresse mes remerciements très sincères aux médecins qui en sont les auteurs.

« Voici mes chiffres : 3,415 phtisiques hospitalisés (6,253 hommes, 1,162 femmes); 35 pneumo-thorax unilatéraux (19 pneumo-thorax simples, 9 hydropneumo-thorax, 4 pyopneumo-thorax après vomique, 3 pyopneumo-thorax sans vomique), 1 pneumo-thorax bilatéral. Proportion : 1,054 %.

« Si j'envisage séparément les deux sexes, je trouve dans le sexe masculin une proportion de 1,11 %; dans l'autre, 0,946 %. Le sexe féminin n'a fourni qu'un seul hydropneumo-thorax et un seul pyopneumo-thorax, 9 pneumo-thorax sans liquides. Chez les jeunes enfants, le pneumo-thorax est fort rare. Sur 283 garçons (enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans), un seul cas, soit 0,353 %. Sur 192 militaires et marins, 2 cas, soit 1,043 %. »

— MM. Galliard et Barbe communiquent ensuite un cas de pneumo-thorax simple chez une grande emphysémateuse.

« Nous ne connaissons, disent-ils, que 12 cas publiés de pneumo-thorax chez les grands emphysémateux; 8 décès et 4 guérisons. Un des malades est désigné comme sujet âgé (S. Wilks); parmi les 11 autres, aucun n'avait plus de soixante-un ans. Notre malade est une femme de soixante-treize ans, soignée à l'âge de quarante-huit ans pour une bronchite aiguë, toussant continuellement depuis douze années, atteinte de suffocation, sans violent point de côté, le 19 juin 1895. Nous l'examinons le 30 juin : orthopnée, cyanose de la face et des extrémités, pouls rapide, douleur peu intense à gauche; de ce côté, signe de pneumo-thorax total, sans liquide : tympanisme, respiration amphorique, bruit d'airain, pas de bruit de succussion, déplacement du cœur avec retentissement métallique des bruits cardiaques.

« Pas de thoracenthèse; inhalation d'éther, morphine.

« A partir du 15 juillet, la malade peut rester couchée; les signes du pneumo-thorax s'atténuent. Le 3 août, disparition complete de ces signes. Jusqu'à la fin d'août, nous avons tenu la malade en observation : emphysème, bronchite chronique, pas de tubercolose pulmonaire. La malade a pu reprendre ses occupations. »

— C'est également une étude statistique que présente M. Comby, celle de *la rougeole à l'hôpital Trousseau, en 1895*. Le nombre des petits rougeoleux a été de 715; la mortalité a été de 14,4 %. Ce chiffre est notablement inférieur à celui de la mortalité par rougeole dans les cinq années antérieures (25 à 32 %). Ce résultat est dû au bon aménagement du pavillon d'isolement; aux soins minutieux d'antisepsie médicale, auxquels les petits malades étaient soumis : bains de sublimé, pulvérisations et irrigations des cavités nasales et bucco-pharyngée, etc. A l'isolement des enfants atteints de broncho-pneumonie ou d'autres maladies infectieuses, diphtérie, coqueluche, scarlatine, etc.; à la réduction au minimum du séjour des enfants au pavillon, afin d'éviter l'encombrement.

M. Comby fait ensuite ressortir que sa statistique a bénéficié de l'emploi du sérum antidiphtérique, puisque sur 15 rougeoles compliquées de diphtérie, il n'y a eu que 2 décès. L'unité de direction, pendant une année entière, alors qu'antérieurement le titulaire du pavillon changeait tous les trois mois, a été en outre une condition favorable. Enfin, il faut peut-être invoquer quelque hasard heureux de série, ainsi que le dit M. Comby, car sa thérapeutique a été celle de tous ses collègues et s'est inspirée surtout de l'hygiène.

Voici quelques détails sur la mortalité :

548 cas de rougeole simple : mortalité, 1,8 %.
15 rougeoles avec diphtérie : mortalité, 13,33 %.
16 rougeoles avec scarlatine : mortalité, 31,25 %.
23 rougeoles avec coqueluche : mortalité, 43,47 %.
86 rougeoles avec broncho-pneumonie : mortalité, 81,39 %.

Dans la première enfance, la maladie a été comme toujours, extrêmement grave : 30 % de morts au-dessous de deux ans, 7 % au-dessus de cet âge.

Cinq enfants atteints de broncho-pneumonie furent injectés, par M. Marmorek, avec le sérum antistreptococcique; deux succombèrent. Il est impossible, d'après ces faits, de juger la valeur curative de ce sérum.

— La question des érythèmes consécutifs à l'emploi de sérums thérapeutiques n'est pas complètement vidée. MM. Chantemesse et Sainton ont vu des érythèmes dans une affection où le streptocoque existe à l'état de pureté depuis le début jusqu'à la fin : l'érysipèle. Ils ont traité l'année dernière, au bastion 29, uniquement par la balnéation froide, 579 érysipélateux : 28 fois des érythèmes se produisirent au cours ou à la fin de la maladie, soit dans 5,24 % des cas. Très rares dans les érysipèles de la face, ces érythèmes sont, au contraire, beaucoup plus fréquents dans les érysipèles des membres (4 % environ contre 25 %). Ils se montrent du deuxième au neuvième jour, et quelquefois, dans les formes graves, du onzième au douzième jour. Dans un cas où, après la guérison de l'érysipèle de la face, les ganglions étaient pris; l'éruption se fit le vingt-huitième jour. C'est précisément la streptococcie ganglionnaire que l'on observe dans les diphtéries compliquées.

L'aspect, l'évolution, la durée de ces érythèmes sont extrêmement variables; on observe toutes les formes : simple, purpurique, polymorphe. Ces deux dernières variétés sont graves. La forme purpurique, en particulier, s'accompagne de fièvre, de phénomènes ataxo-adynamiques, d'albuminurie, de douleurs polyarticulaires rappelant les pseudo-rhumatismes infectieux, et quelquefois d'entérorragie et d'hématurie.

Dans cette affection monomicrobienne, l'érysipèle, des érythèmes peuvent donc se produire, quelquefois accompagnés de phénomènes graves, et cela *sans que l'on puisse mettre en cause l'injection d'un sérum thérapeutique.*

A cette conclusion de M. Chantemesse, il faut opposer cette autre conclusion qu'on peut tirer d'une réponse de M. Jouffroy : l'injection de sérum est très souvent suivie d'érythèmes quelquefois intenses, et cela *sans que l'on puisse mettre en cause l'action d'aucun micro-organisme.* Et, en effet, on a pratiqué, dans le service de M. Jouffroy, chez des paralytiques généraux, des injections de sérum antisyphilitique et de sérum simple; les effets thérapeutiques ont été nuls pour les deux sortes de sérum. Par contre, on a vu très fréquemment se produire des érythemes légers ou intenses, limités ou généralisés, rubéoliques, scarlatiniformes, accompagnés ou non d'élévation de la température. Il n'y avait, chez ces individus dont l'état général était, somme toute, très satisfaisant, aucune infection secondaire à invoquer. MM. Chantemesse et Sevestre distinguent, il est vrai, les érythèmes dus au sérum des érythèmes dus au streptocoque. C'est à ce micro-orga-

nisme qu'il faut attribuer les érythèmes tardifs, accompagnés d'accidents graves et d'arthropathies.

— Au cours de sa séance, M. Gilbert Ballet a résumé une note histologique de M. Marinesco sur la pathologie des fibres collatérales des cordons postérieurs de la moelle épinière.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 mars 1896

Sur la nature et la pathogénie des malformations de la hanche (luxations congénitales des auteurs).

M. Lannelongue. — Les auteurs appellent luxations congénitales de la hanche toutes les malformations de cette région du corps. C'est là une erreur qu'il importe de dissiper.

Beaucoup de déformations congénitales de la jointure de la hanche ne sont pas caractérisées par un déplacement temporaire ou permanent de la tête fémorale sur l'os du bassin, et, par conséquent, il n'y a pas, il n'y aura jamais de luxation. Dans d'autres circonstances, au contraire, l'anomalie congénitale consiste dans un rapport anormal de la tête fémorale avec le cotyle; il y a véritablement déplacement, c'est-à-dire luxation. Ce déplacement est initial ou tardif, suivant qu'il se montre à la naissance ou après la marche. Il est, dans les deux cas, le résultat d'une atrophie de la cavité cotyloïde, et la diminution de volume de cette cavité peut aller jusqu'à sa disparition totale. Ainsi s'explique la luxation qui, en somme, n'est qu'un accident de la malformation. Ces considérations expliquent, en partie du moins, pourquoi l'histoire de ces malformations, au point de vue pathogénique, est environnée de la plus complète obscurité.

C'est qu'en effet, dans la plupart des théories, on n'a envisagé que la luxation, fait saillant et apparent en clinique, et on a laissé dans l'ombre la malformation des os et du membre, qui est le fait primordial et essentiel en réalité. Cette malformation consiste primitivement dans une atrophie osseuse, non seulement de la cavité cotyloïde, dont le développement ne marche plus parallèlement à celui de la tête fémorale, mais aussi de la moitié de l'os iliaque du même côté. Les altérations osseuses initiales, et je ne parle que de celles-là (la luxation n'en étant elle-même qu'une conséquence immédiate ou plus tardive), comprennent donc autre chose que l'articulation, puisqu'elles la dépassent pour s'étendre à une partie de l'os iliaque.

Mais ce n'est qu'un premier point; il en est un autre qui a plus de portée encore.

On avait signalé comme complication, et sans y attacher d'importance, l'atrophie musculaire des muscles pelvi-trochantériens. L'observation était exacte, mais très incomplete. L'atrophie musculaire n'atteint pas seulement les muscles précédents, elle frappe aussi les muscles de la cuisse, de la jambe, et on en juge très bien en comparant le volume de chaque mollet, les muscles de tout le membre inférieur pour tout dire. Et cette atrophie n'est pas une complication, ni un accident; elle se voit dans tous les cas, elle constitue une loi constitutionnelle dans l'espèce. On l'observe non seulement chez les sujets qui ont marché, mais avant la marche, et c'est même en ayant l'attention appelée par elle chez des sujets n'ayant pas marché, que j'ai été amené à explorer la hanche et à y découvrir une malformation que rien n'indiquait encore. Il va de soi que, pour apprécier en clinique l'atrophie des muscles, il faut que la malformation soit unilatérale; sans cela, le terme de comparaison échappe, puisque, alors, l'atrophie est bilatérale.

J'ai eu l'occasion de faire l'examen histologique des muscles atrophiés chez un nouveau-né à terme atteint de malformation unilatérale, et nous avons constaté avec M. Achard que les fibrilles musculaires étaient intactes et que le tissu conjonctif interstitiel était lui aussi normal. Une seule chose était anormale, c'était le nombre des fibrilles musculaires.

Il y avait à la fois moins de fibrilles et moins de faisceaux musculaires. La diminution se faisait remarquer aussi bien sur les muscles du mollet que sur les muscles de la cuisse et de la fesse. En somme, il n'y avait aucune dégénérescence des muscles plus ou moins comparable à celle de la paralysie infantile; seul le nombre des fibrilles était réduit. Une certaine quantité d'entre elles ne s'étaient pas formées, ce qui revient à dire qu'il y avait une atrophie vraie, par défaut de formation et non par dégénérescence.

Cette atrophie musculaire était du même ordre d'ailleurs que l'atrophie du cotyle et de l'os iliaque.

On ne trouva aucune altération du cartilage en Y ni du cartilage permanent; le microscope révéla seulement une atrophie osseuse en rapport avec la diminution de capacité du cotyle.

L'atrophie musculaire de tous les muscles du membre inférieur ne saurait dépendre en aucune manière, chez les sujets qui n'ont pas marché, de l'atrophie de la jointure. Elle est, comme elle, une lésion initiale et plus ou moins contemporaine de l'atrophie osseuse. Et toutes les deux, à mon sens, doivent relever d'une cause commune. Je ne crois pas devoir donner ici, comme je l'ai fait à Bordeaux, les raisons qui m'ont fait rejeter, après discussion, les théories admises et accepter l'hypothèse que cette cause ne devait pas être placée dans le membre inférieur ou dans les deux membres lorsque la déformation est bilatérale, mais bien dans le système nerveux central. J'émis alors l'opinion que la moelle épinière, principalement, l'encéphale aussi parfois, devaient être le siége d'une altération qui à son tour amenait l'atrophie des membres. Je crus pouvoir dire alors que cette altération devait être minime, temporaire peut-être, mais suffisante en tous cas pour amener le résultat précédent. J'attribuai principalement à une hydropisie des méninges, de l'encéphale ou de la moelle, à des épanchements séreux de l'épendyme dus à l'irritation des cellules de ce canal, à des infiltrations médullaires, ou à des altérations plus considérables des centres nerveux, la cause du trouble de développement.

L'observation clinique et le raisonnement étaient nos seuls guides pour justifier mon hypothèse alors. Je suis heureux de pouvoir l'appuyer aujourd'hui par une preuve décisive.

Il s'agit d'une petite fille de neuf ans, atteinte de luxation congénitale double (variété en haut et en arrière) n'ayant marché qu'à deux ans et demi et qui a succombé il y a douze jours Je transcris textuellement la note de M. Baudet, l'interne qui a fait l'autopsie :

« La moelle, à première vue, ne présente aucune altération, mais le renflement cervico-brachial est plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement; il est beaucoup plus gros qu'un pouce d'adulte et est tres supérieur au renflement lombaire qui nous paraît, au contraire, un peu rapetissé. A la coupe du renflement cervico-brachial, il s'échappe une certaine quantité de liquide citrin, à tenaion assez élevée, puisqu'il nous éclabousse et se répand immé-

diatement en dehors. Nous n'avons pu le recueillir. Le canal épendymaire qui, dans cette région, est ovalaire transversalement, paraît losangique, avec angles latéraux très écartés; la paroi qui le borde est épaissie et tranche sur le reste de la moelle.

« Les cordons sont diminués de volume, mais la substance grise est conservée dans les cornes antérieures et postérieures. »

A côté du fait précédent — véritable preuve anatomique en faveur de ma théorie et où l'on doit remarquer encore l'épaississement de l'épendyme — je puis placer quelques exemples que me communique M. A. Broca, qui indiquent aussi, par leur modalité clinique, l'existence d'une lésion cérébrale :

« 1° Fillette atteinte d'hémiplégie spasmodique infantile à gauche, avec légère paralysie du membre inférieur droit, de la sorte atteinte de pied-bot. A gauche, pied-bot varus équin accentué, et luxation de la hanche en arrière;

« 2° Garçon que j'ai opéré pour une luxation en arrière de la hanche droite; a été opéré après sa naissance, de ténotomie pour pied-bot à gauche, avec excellent résultat. Des deux côtés, la rotule est absente. Le père est également privé de rotule; chez un frère, elles sont tout à fait rudimentaires. La grand'mère maternelle a eu une luxation congénitale de la hanche;

« 3° Fillette chez laquelle, du côté de la luxation de la hanche, le pied n'a que quatre orteils. »

La théorie précédente n'explique certainement pas la beaucoup plus grande fréquence de la malformation de la hanche chez les enfants du sexe féminin. Jusqu'ici, on n'a pu donner qu'un argument sérieux, que j'accepte faute de mieux : celui de l'hérédité. Le fait ne saurait en aucune manière, d'ailleurs, diminuer la valeur des explications en faveur d'une cause première, ayant son siége dans le système nerveux central.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. Chantemesse a utilisé, pour la recherche du bacille typhique dans les selles, un milieu de culture spécial préconisé en Allemagne par Elsner, et où l'antiseptique destiné à permettre la culture du bacille d'Eberth et à gêner le développement des autres microbes est l'iodure de potassium.

Les cas soumis à l'analyse dans le milieu d'Elsner sont déjà assez fréquents en Allemagne. Ils se répartissent en deux catégories : les malades atteints de fièvre typhoïde en pleine évolution, les convalescents de cette maladie et les gens bien portants. Chez les typhiques fébricitants (17 cas d'Elsner, 5 cas de Lazarus, 10 cas de Brieger), on a toujours trouvé le bacille typhique dans les garde-robes. Chez les convalescents (2 cas d'Elsner, 16 cas de Lazarus), le bacille d'Eberth a été trouvé treize fois. Il a même été rencontré dans les selles d'un infirmier qui soignait les typhiques, mais qui n'était pas atteint lui-même de la fièvre typhoïde.

M. A. Chantemesse est arrivé aux résultats suivants : l'examen des selles de deux personnes en bonne santé, d'un malade atteint d'érysipèle, de deux autres atteints de grippe fébrile et d'un dernier souffrant d'une pleurésie, n'ont jamais montré la présence de bacilles typhiques. Les garde-robes de 16 malades qui avaient ou avaient eu la fièvre typhoïde ont été soumises à la même analyse. Trois fois cet examen est resté négatif : chez un petit malade guéri depuis trois semaines et chez deux autres en pleine évolution de la maladie. Ces deux derniers cas ne doivent pas, du reste, entrer en ligne de compte par suite de fonds de technique. Reste 12 cas de fièvre typhoïde où l'examen, renouvelé à plusieurs reprises, a toujours donné des résultats positifs. Dans 3 cas, la découverte des bacilles spécifiques dans les selles a permis de reconstituer le diagnostic que l'examen purement clinique avait laissé dans le doute.

Le fait qu'un homme, en bonne santé, peut porter dans son intestin des bacilles d'Eberth et les semer, çà et là, éclaire singulièrement l'origine, dite spontanée, de certains cas de fièvre typhoïde.

Le méthode d'Elsner demande un petit apprentissage. Sur les plaques de culture qui doivent être ni trop ni trop peu chargées, on doit développer quelques colonies de microbes liquéfiants, beaucoup de coli-bacilles et un nombre variable de bacilles d'Eberth; donc les colonies se distinguent de toutes les autres par leur petitesse et leur transparence. C'est d'ordinaire du deuxième au troisième jour, et mieux du troisième au quatrième, qu'elles se montrent; plus tôt, elles sont difficilement visibles; plus tard, elles se confondent aisément avec les colonies voisines.

La méthode rendra un service signalé à la thérapeutique, en assurant un diagnostic rapide. En effet, la fièvre typhoïde se comporte, sur plus d'un point, comme la diphtérie. Pure, elle est le plus souvent bénigne, mais des formes graves et prolongées se compliquent d'ordinaire, vers la fin du deuxième septénaire, de pénétrations d'autres germes qui jouent, dans l'évolution ultérieure de la maladie, un rôle important. Dans les huit ou dix premiers jours, c'est l'infection par le virus typhique qui domine. L'homme supporte cette intoxication éberthienne mieux que l'empoisonnement par la toxine diphtéritique ou tétanique. Si le diagnostic est fort de bonne heure, on peut espérer intervenir d'une manière efficace avant que ne se soient produites les dégénérescences profondes des parenchymes et les infections secondaires. Alors pourra entrer en ligne le traitement séro-thérapique.

M. Chantemesse a obtenu un virus typhique d'une puissance inconnue jusqu'ici, dont la culture, développée depuis douze heures dans un milieu liquide, tue le cobaye en six heures par l'inoculation d'une dose inférieure à 1/100 de centigramme. Depuis le mois de juin 1895, M. Chantemesse a immunisé contre ce virus des chevaux de l'Institut Pasteur. Le sérum qu'il a obtenu possède en ce moment une puissance préventive telle, qu'un cinquième de goutte inoculé vingt-quatre heures d'avance à un cobaye le protège efficacement contre la dose de virus typhique mortelle pour les animaux témoins. Cette même dose de sérum anti-typhique ne prévenait pas contre l'affection par une dose mortelle énorme de coli-bacille. Comme l'avaient remarqué Pfeiffer, Löffler et Abel, le sérum des animaux vaccinés contre le coli-bacille et contre le bacille typhique jouit de propriétés thérapeutiques différentes. Leur spécificité distincte accuse les différences essentielles qui séparent les deux microbes.

M. Chantemesse, s'étant assuré que le sérum anti-typhique était préventif et curatif pour les animaux et n'avait pas d'effet sur l'homme en bonne santé, l'a utilisé pour traiter trois cas de fièvre typhoïde ayant des bacilles d'Eberth dans les garde-robes. Les deux premiers étaient de forme moyenne, arrivés au huitième et au douzième jour; le troisième était un cas très grave, une forme ataxique et délirante. Le résultat de l'intervention thérapeutique a été remarquable. La maladie s'est amendée chaque jour, se comportant comme une fièvre typhoïde abortive. Le sérum a agi comme un élément excito-phagocytaire de pre-

mier ordre ; sept jours après le traitement, les malades étaient rendus à l'apyrexie et à la santé.

— M. MONGOUR a étudié un cas intéressant de lithiase intestinale. Il s'agit d'une femme de trente-six ans, arthritique et névropathe, présentant depuis six ans une série de troubles gastro-intestinaux à forme de dyspepsie flatulente avec dilatation de l'estomac. Survinrent brusquement, dans le courant de janvier 1895, des symptômes d'entérite muco-membraneuse : vives douleurs à la pression sur le trajet du côlon, surtout au niveau de ses portions ascendantes et descendantes ; constipation opiniâtre ; puis, au mois de novembre de la même année, la malade, après avoir rendu pendant deux semaines des matières muco-membraneuses plus abondantes que de coutume, constata la présence, dans ses selles, d'une multitude de petits graviers ; le plus grand nombre présentait le volume d'un pepin d'orange ; le plus gros avait la dimension d'une noisette. Cette émission de calculs intestinaux dura pendant trois semaines environ. L'analyse des concrétions intestinales a donné les résultats suivants : Phosphate de magnésie, 26gr,82 ; carbonate de chaux, 43gr,90 ; matière organique (par différence), fer, eau, 29gr,28, et par dosage direct, 26gr,05. Les concrétions, de couleur blanc jaunâtre, sont excessivement friables ; quelques-unes sont hérissées de petits points coniques. En les brisant on ne trouve pas de noyau central, leur constitution est homogène.

L'urine, au moment de l'expulsion des entérolithes, a été trouvée de composition normale.

Pour M. Mongour, cette lithiase intestinale est analogue à la lithiase biliaire et rénale. L'entérite muco-membraneuse a été la cause occasionnable qui a déterminé la production des calculs. Quant à la cause générale, il faut la rechercher dans des vices de nutrition encore mal connus (phénomènes de nutrition retardante de Bouchard). C'est l'opinion que le professeur Dieulafoy a soutenue dans ses leçons faites en novembre et décembre 1895, sur l'appendicite : « J'ai pu démontrer, dit-il, par de très nombreux exemples, la similitude pathogénique de ces trois lithiases, leur existence dans une même famille, et l'hérédité dans une même famille, que je propose de faire rentrer désormais dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme. »

LES LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique chirurgicale des affections de l'intestin, du rectum et du péritoine, par le Dr H. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux. Paris 1896. O. Doin, édit.

La *Bibliothèque de thérapeutique*, publiée par la librairie Doin, vient de s'enrichir d'un nouveau volume dû à la plume de notre collègue et ami H. Chaput, qui s'est chargé d'exposer le traitement chirurgical des maladies de l'intestin, du rectum et du péritoine.

Nul, par ses recherches personnelles, par ses expériences de laboratoire et par ses études spéciales, n'était mieux indiqué que M. Chaput pour entreprendre ce travail.

La tâche était délicate, car sur ce terrain beaucoup de questions ne sont pas définitivement tranchées. L'auteur ne s'est pas laissé embarrasser par les incertitudes, et sachant qu'il s'adressait aux praticiens, leur a exposé sa manière de faire et la conduite qu'il faut tenir, étant donné tel ou tel cas qui se présente.

Qu'on ne s'attende donc pas à trouver, dans ce joli volume, de longues dissertations sur la comparaison de tel ou tel procédé. Non, le chapitre commence par un exposé des principaux symptômes qui permettent d'asseoir le diagnostic ou d'en approcher ; puis suit l'indication, c'est-à-dire les raisons qui commandent l'abstention ou qui vous font vous décider pour telle ou telle intervention.

Pour montrer l'utilité de ce livre, que nous présentons au public, nous ne pouvons mieux faire, en finissant, que de transcrire les principaux chapitres, qui montreront ainsi les sujets intéressants traités dans l'ouvrage.

Les plaies et contusions de l'abdomen viennent les premières, puis suivent : l'occlusion intestinale, les maladies du cæcum, le traitement des hernies, de l'anse contre nature, des péritonites. Arrivent ensuite toutes les maladies du rectum et de l'anus ; puis les résections de l'intestin, les entérorraphies, l'étude du bouton de Murphy, et enfin les entéro-anastomies et les entérostomies.

E. R

***

La pratique des maladies du larynx, du nez et des oreilles dans les hôpitaux de Paris. Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par M. PAUL LEFERT. 1 vol. in-18 de 288 pages. Paris 1896. J.-B. Baillière, édit.

On saura gré à M. Paul Lefert de présenter, en un petit volume clair et précis, la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris qui s'occupent des maladies du larynx, du nez et des oreilles :

MM. Baratoux, Barth, A. Broca, Castex, Chatellier, Courtade, Dieulafoy, Duplay, Gellé, Gérard-Marchant, Gouguenheim, Hermet. Ladreit de la Charrière, Lermoyez, Luc, Natier, Périer, Poyet, Quenu, Reclus, Ruault, Schwartz, Tillaux, Variot, etc.

On trouvera traitées dans ce livre, les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien :

Abcès mastoïdiens, Adénoïdites, Anosmie, Antisepsie, Asthme des foins, Bourdonnements d'oreilles, Cancer, Cathétérisme, Corps étrangers, Coryza, Epistaxis, Laryngectomie, Laryngites, Laryngotomie, Myringite, Othématome, Otites, Otorrhée, Ozène, Polypes, Rhinite, Rhinosclérome, Rhinoscopie, Suppurations mastoïdiennes, Syphilis laryngée et nasale, Trachéotomie, Tubage, Tuberculose laryngée, Vertige de Menière.

Cet ouvrage permet au médecin de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'il suivait les services hospitaliers de Paris, et de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours du bureau central (Chirurgie). — Le jury est définitivement composé ainsi qu'il suit :

MM. Péan, Reclus, Le Dentu, G. Marchant, Cruveilhier, Kirmisson, Labadie-Lagrave.

Distinctions honorifiques. — Les médailles d'honneur suivantes sont décernées pour services exceptionnels rendus pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de Châteaudun, en janvier et février 1896 :

Médailles d'or. — Mme Blat (sœur Philomène), supérieure des religieuses des salles militaires de l'hospice mixte de Châteaudun. — M. Licht, médecin-major de deuxième classe au 20e régiment de chasseurs.

Médailles d'argent. — Mme Rabilland (sœur Marthe), religieuse au même hospice. — M. Couturé, infirmier civil. — M. Delente, infirmier à la 4e section. — M. Gouffé, brigadier au 20e régiment de chasseurs. — M. Chérault, cavalier audit régiment.

Médaille de bronze. — M. Merceron, cavalier au 20e régiment de chasseurs.

Visite du Président à l'Ecole de médecine de Marseille. — Cette visite à l'Ecole de Médecine de Marseille fut marquée par un incident caractéristique, et qui vaut d'être signalé.

Il y a longtemps que Marseille réclame sa *Faculté*, et même ses *Facultés*; or, elle ne pouvait laisser échapper une si belle occasion d'accentuer ses réclamations : elle l'a fait de la façon la plus insistante, par l'organe retentissant des élèves de l'Ecole de médecine, sur l'air des « lampions », pour mieux éclairer, sans doute, à cet égard, la religion de M. le Président, qui s'y est, d'ailleurs, laissé prendre ; car, dans son allocution, il a — sans le vouloir — prononcé le mot de « Faculté », se reprenant bien vite pour masquer son lapsus...

Mais Marseille n'oubliera pas le mot, dans l'espoir que le lapsus deviendra la chose, c'est-à-dire la réalité. (*Tribune médicale.*)

Société de Chirurgie. — Ordre du jour de la séance du 18 mars :

Rapport : Observations de M. Chevassu. — Appendicite perforante, rupture de l'uréthre, etc. (M. Picque, rapporteur).

Communications : Cholélithiase biliaire (M. Tuffier). — Nouvelles indications du salol iodoformé (M. Reynier).

La suppression du bacalauréat. — Voici le texte du projet de loi concernant la suppression du baccalauréat, et dû à l'initiative de M. Combes :

« ARTICLE PREMIER. — Le baccalauréat, considéré comme épreuve terminale des études secondaires (enseignement classique et enseignement moderne), est supprimé.

« ART. 2. — Il est remplacé par un examen de fin d'études divisé en deux parties : l'une portant sur les matières de la rhétorique ou de la seconde moderne, l'autre sur les matières de la philosophie ou de la classe de mathématiques élémentaires, ou de la première-lettres, ou de la première-sciences. A la suite de ces examens, il est délivré, s'il y a lieu, un certificat d'études secondaires (enseignement classique et enseignement moderne — lettres ou sciences).

« ART. 3. — Les élèves des établissements de l'État subissent l'examen de fin d'études dans les établissements auxquels ils appartiennent, devant un jury propre à chacun de ces établissements. Pour les élèves de l'enseignement secondaire libre, pour ceux qui auront fait leur éducation secondaire dans la famille ou dans des établissements de l'État dans lesquels un jury propre à un établissement ne pourrait être organisé, il sera institué un jury d'État dont les pouvoirs s'étendront à toute l'Académie.

« ART. 4. — Le tarif des droits à percevoir sera fixé dans les formes déterminées par l'article 8 de la loi du 27 février 1880.

« ART. 5. — Seuls les élèves munis du certificat d'études secondaires seront admis à prendre des inscriptions dans les établissements d'enseignement supérieur, sur la présentation de leur diplôme.

« ART. 6. — Des règlements d'administration publique rendus en Conseil d'Etat, après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, détermineront les mesures d'exécution nécessaires pour assurer l'application de la présente loi, notamment l'organisation et les attributions des jurys d'examens. »

Statistique des médecins de Paris par âge et par nationalité. — Il y a quelques mois, nous avons signalé que, d'après le dernier dénombrement, on comptait à Paris 2,922 médecins dont 521 étrangers. Les 2,922 médecins de toute nationalité se divisaient ainsi, au point de vue de l'âge :

De 20 à 39 ans	1,470	dont 26 % étrangers.
40 à 59	1,067	— 11 % —
60 ans et au delà....	385	— 7 % —

Si l'on compare le nombre total des médecins étrangers à celui des médecins français, on trouve qu'il y a 22 étrangers pour 100 français.

Les médecins étrangers sont surtout nombreux dans les cinquième et sixième arrondissements, où ils représentent 47 % du total (246 sur 521). Cela tient, sans doute, à ce que les jeunes gens qui habitent le quartier latin y restent pour poursuivre leurs études. Ces médecins n'exercent généralement pas. Ces deux arrondissements mis à part, on constate que les médecins étrangers sont fixés dans les arrondissements les plus riches de la capitale. On peut estimer à 250 environ le nombre de ceux qui pratiquent. (*Semaine médicale.*)

Legs au Corps de santé militaire. — Le ministre de la Guerre a été autorisé à accepter le legs du capital nécessaire pour assurer 1,300 francs de rente fait par Mme Bégin, veuve d'un médecin inspecteur de l'armée.

Cette rente sera employée à soulager les familles des médecins militaires.

École de médecine d'Angers. — M. le professeur Legludic est maintenu dans ses fonctions de directeur de la dite École.

École de médecine de Poitiers. — M. Léger, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Tours. — M. le professeur Barnsby est nommé pour trois ans, directeur de la dite Ecole.

Le Gerant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Les logements insalubres et la lettre du Préfet de police au directeur de l'Assistance publique. — Le casier sanitaire des maisons de Paris.

La question des logements insalubres est une de celles que nous avons le plus souvent traitées dans l'*Union médicale*, et nous n'y reviendrions pas sans une circonstance qui lui donne un regain d'actualité.

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance a récemment appelé l'attention du Préfet de police sur l'utilité qu'il y aurait à ce que les médecins de ces bureaux fissent partie des Commissions d'hygiène d'arrondissement. Le Préfet de police, après examen de la proposition, a trouvé qu'en temps ordinaire les membres titulaires et adjoints des Commissions d'hygiène étaient en nombre suffisant pour faire face à leurs obligations; mais que les médecins des Bureaux de bienfaisance pourraient fournir à l'Administration municipale d'utiles indications, et il a adressé au directeur de l'Assistance publique une lettre dans laquelle il le prie d'inviter ces médecins à signaler aux maires, présidents des Commissions d'hygiène, les logements et les immeubles dont ils auraient constaté l'insalubrité au cours de leurs visites.

Cette mesure pourra, sans nul doute, produire de bons résultats; mais, en matière d'hygiène des habitations, ce ne sont pas les renseignements qui manquent, ce sont les moyens de remédier aux causes d'insalubrité qui sont reconnues.

A Paris, on le sait, les logements appartiennent à deux catégories : ceux qui sont loués à bail ou au terme à des familles possédant un mobilier, et les logements garnis. Les premiers dépendent de la Préfecture de la Seine; les seconds de la Préfecture de police. Ces derniers sont l'objet d'une surveillance active et efficace, exercée par un corps d'inspecteurs créé par une ordonnance du Préfet, en date du 7 mai 1878. Leur nombre s'élève aujourd'hui à vingt-trois pour Paris et la banlieue. Chaque inspecteur a sa circonscription, dont il doit visiter tous les garnis au moins une fois par an. Ils rendent compte de leurs visites au Préfet de police, qui se charge de prendre les mesures et de faire exécuter les réparations exigées par l'hygiène.

Il en est tout autrement des logements au terme. Ils dépendent, avons nous dit, de la Préfecture de la Seine et sont inspectés par la *Commission des logements insalubres*. Celle-ci remplit ses fonctions avec le zèle le plus louable et une compétence à laquelle tout le monde rend hommage; mais son activité et ses efforts viennent se briser contre la barrière que lui oppose l'étrange législation qui nous régit.

Les premières dispositions légales relatives à la salubrité des habitations, sont comprises dans l'arrêté du 18 décembre 1848, qui fonda les Conseils d'hygiène publique et de salubrité, et qui inscrivit, en tête de leurs attributions, l'assainissement des habitations et des localités. La loi du 13 avril 1850 a remplacé cette réglementation et c'est elle qui nous régit encore; mais cette loi est une entrave et non un appui pour l'hygiène. Son application est facultative; elle est entourée de formalités interminables; les échappatoires qu'elle laisse aux délinquants pour l'esquiver, les détours qu'elle leur accorde pour s'y soumettre, rendent son action presque nulle (1). Un exemple suffira pour montrer à quel point elle est illusoire. En 1879, une épidémie de variole survint dans la légendaire cité *Jeanne-d'Arc*, située dans le XVIII° arrondissement. C'est un groupe de dix grandes maisons semblables, de 17m50 de hauteur, séparées par une ruelle de 7 mètres et abritant une population de plus de deux mille personnes. C'est le type des cités-casernes, la plus haute expression des habitations encombrées et insalubres. Les épidémies y font toujours de sérieux ravages et, à la suite de celle de 1879, la Commission des logements insalubres décida qu'il y avait lieu de procéder à un nettoyage complet des immeubles. Le propriétaire refusa de l'exécuter; il épuisa successivement toutes les juridictions, et ce ne fut qu'au bout de sept ans de luttes qu'il se décida à faire les réparations les plus urgentes, après avoir été condamné à 100 francs d'amende.

L'insuffisance de cette loi a frappé tous les yeux, et nombre de projets ont été déposés depuis, sur le

(1) Langlet : Rapport à la Chambre des Députés sur plusieurs projets de loi relatifs à la santé publique. (Séance du 13 juillet 1892, n° 2,234, p. 3.)

bureau de la Chambre des Députés. En présence de ces propositions diverses, le Gouvernement a pensé qu'il y avait lieu de réunir, dans un même projet, les éléments divers qu'elles renfermaient, et au mois de janvier 1893, le Ministre de l'Intérieur a soumis, à son tour, à la Chambre, un projet embrassant l'ensemble des mesures propres à sauvegarder la santé publique. Tous ces projets ont été envoyés à une Commission composée de vingt-quatre membres. Elle a fait diligence, et le 13 juillet 1892, M. Langlet a fait en son nom, à la Chambre, un rapport remarquable, réalisant tous les desiderata de l'hygiène et donnant satisfaction à tous ses vœux (1). Cette loi tutélaire, après laquelle soupirent tous les hommes préoccupés de la santé publique, cette loi qui ne rencontrera vraisemblablement aucune opposition, est déposée depuis quatre ans sur le bureau de la Chambre des Députés, sans que celle-ci ait trouvé un instant pour s'en occuper. En attendant, tout reste dans le *statu quo*, et la Commission des logements insalubres continue à avoir les mains liées. Ce ne sont pas, comme je le disais en commençant, les informations qui manquent, c'est le pouvoir d'en tirer parti.

— En attendant que la loi Langlet soit votée, on s'occupe activement à Paris de lui préparer le terrain sur lequel elle sera appelée à fonctionner. Le Conseil municipal a pris une mesure très importante au point de vue de l'hygiène des maisons. Il a attaché à la Direction des affaires municipales les établissements hospitaliers, l'assainissement et la salubrité des habitations. Le Préfet de la Seine a constitué alors une Commission spéciale, nommé un inspecteur général pour ce service (2) et leur a tracé leur programme, dans une allocution prononcée le 3 août 1892, à l'ouverture de la première séance (3).

Au nombre des innovations que comporte ce programme, il en est une qui intéresse plus spécialement l'hygiène des habitations : c'est la création d'un *casier sanitaire* pour chacune des maisons de Paris. Ce casier comprend, sous huit chefs différents, tout ce qui concerne la salubrité de l'immeuble (4). Cette excellente mesure a déjà fait ses preuves à Bruxelles, à Moscou, au Havre, à Saint-Étienne, à Nice, à Amiens, etc. A Paris, le travail est très avancé. Du mois de janvier 1894 au 1er décembre 1895, le personnel du *casier sanitaire* a procédé à la description de 19,136 immeubles. Le nombre total des maisons de Paris étant de 73,184, d'après le dénombrement de 1891, il en résulte que la proportion des maisons dont le *casier sanitaire* est présentement établi s'élève à 27,6 %. La proportion est inégalement répartie entre les différents arrondissements, parce qu'on s'est d'abord adressé aux plus insalubres, aux rues qui comptent le plus de décès par les maladies infectieuses. Dès que le nombre des décès causés par ces maladies et des désinfections qu'ils ont nécessitées a atteint un certain chiffre, dans un laps de temps déterminé, un trimestre par exemple, le Service technique de l'assainissement est chargé de visiter l'immeuble, d'examiner les canalisations intérieures, les cabinets d'aisances, les cours, les gargouilles, etc... La Commission des logements insalubres est invitée, de son côté, à visiter les locaux, et la description de la maison les guide dans leurs recherches (1).

Ce grand travail se poursuit en ce moment avec activité, et on espère qu'il sera terminé en 1898 au plus tard. J. ROCHARD.

(1) Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner les projets de loi relatifs à la santé publique, proposés par MM. Lockroy, J. Siegfried, Labrousse, etc., par M. Langlet, député. (Séance du 13 juillet 1892.)

(2) Cette commission se composait de MM. Sauton, Levraud, Brousse, Navarre, Vaillant, Lopin, Roumel, Strauss, conseillers municipaux; de MM. Brouardel, Proust, Dujardin-Beaumetz, L. Colin, Du Mesnil, Josias, Ménoul et A.-J. Martin, inspecteur général.

(3) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1892, t. XIV, p. 723.

(4) Rapport de M. le Dr A.-J. Martin sur l'établissement d'un casier sanitaire pour les habitations de Paris. (*Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, numéro du 25 octobre 1892.)

(1) A. JOLTRAIN : Les casiers sanitaires de la Ville de Paris. (*Journal d'Hygiène*, numéro du 5 mars 1896.)

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

La manière de combler les **plaies cavitaires des os** a toujours préoccupé les chirurgiens. Nous rappellerons les études du professeur Duplay et de son élève Cazin, faites tout dernièrement encore, avant d'analyser un travail dû à la plume de M. NEUBER, qui vient de paraître dans les *Archives allemandes de chirurgie*.

Après avoir rappelé les principaux moyens déjà employés, tels que l'accolement de lambeaux cutanés dans la gouttière osseuse après ablation des séquestres, l'usage des plaques osseuses décalcifiées, M. Neuber s'est demandé si ces derniers fragments d'os ne faisaient pas simplement usage de véhicule pour les substances antiseptiques, et il a imaginé une préparation dans laquelle l'iodoforme reste suspendu sans jamais se précipiter.

Il forme ainsi une espèce d'empois qui se prépare ainsi : 10 grammes de fécule de froment sont délayés dans un peu d'eau distillée froide ; on y ajoute en remuant 200 grammes d'une solution bouillante d'acide phénique à 2 %. Il se forme une colle liquide

dans laquelle on suspend, toujours en remuant, 10 grammes d'iodoforme pulvérisé.

Le mélange ainsi obtenu est homogène, se conserve plusieurs mois et s'applique de la façon suivante :

Après avoir enlevé le séquestre et bien nettoyé la cavité osseuse obtenue à l'aide de la gouge et de la curette, on la nettoie à l'aide d'un courant d'eau stérilisée ; puis on l'assèche avec des tampons de coton stérilisé. On la remplit ensuite d'empois iodoformé ; puis on suture, par-dessus la cavité, les lambeaux cutanés ; après quoi, on fait un bandage légèrement compressif.

Le sang qui remplit la cavité forme immédiatement un caillot qui se mêle à la substance antiseptique, et, grâce à ce caillot, la cicatrisation osseuse s'obtiendrait.

— Il est intéressant de rapprocher de ce procédé celui communiqué tout dernièrement par M. Waterhouse à la *Société médicale de Londres.*

Il s'agit dans ce cas de la **réparation du calcanéum** évidé pour les cas tuberculeux. Ce chirurgien a présenté à ses collègues une petite fille de sept ans marchant sur un calcanéum en grande partie artificiel. La petite malade, à son entrée à l'hôpital, avait une tuberculose du calcanéum gauche. Quand on eut enlevé toutes les parties malades et ruginé l'os, il ne restait plus qu'une coque osseuse assez mince. Dans la cavité soigneusement nettoyée, Waterhouse introduisit et tassa fortement une pâte composée de petits morceaux d'os décalcifié mêlés d'iodoforme ; puis il sutura la peau et recouvrit d'un pansement compressif. La plaie guérit par première intention et la malade put se lever au bout de six semaines.

L'os employé avait été pris à une épaule d'agneau de la cuisine de l'hôpital, décalcifié par immersion dans un bain d'acide chlorhydrique à 15 %, coupé en fragments dégraissés dans l'éther et enfin stérilisés par un séjour de vingt-quatre heures dans la solution alcoolique d'acide phénique. C'est la huitième fois que M. Waterhouse, après l'évidement des os cariés, obture les cavités par ce procédé qui lui a toujours donné d'excellents résultats. Il pense que les fragments osseux jouent le rôle d'un échafaudage temporaire et sont remplacés plus tard par un os nouveau. C'est en effet ce qui a été démontré par les examens microscopiques.

— On sait combien le **bouton de Murphy** est discuté, et s'il a de chauds partisans, il a aussi de violents détracteurs.

Dans le deuxième numéro du *Vratch* (1896), Trophimoff, ce maître partisan, et dans un article sur les *réunions intestinales*, après avoir passé en revue les différents procédés, il donne la statistique suivante, qui ne donnerait, avec le bouton de Murphy, que 18 % de mortalité, tandis que celle-ci serait de 24 % avec les plaques décalcifiées de Senn.

Voici les conclusions de M. Crophimoff :

1° Le procédé de Murphy est le meilleur et le plus rapide de tous les procédés de résection de l'intestin. Avant d'appliquer le bouton, après ou avant la suture, il faut exciser la partie de la muqueuse intestinale qui déborde. Si l'on ne suit pas cette règle, la muqueuse peut être écrasée ; en outre, cette circonstance peut être la cause, comme l'a montré M. Quénu, de la pénétration dans le péritoine de germes infectieux ;

2° Le bouton de Murphy est indiqué chez des malades épuisés qui supportent mal l'anesthésie ;

3° Il serait à désirer qu'on améliorât la construction de ce bouton ; il faudrait diminuer son poids, faire diminuer les bords coupants des orifices ;

4° Pour donner au bouton de Murphy une plus large application dans la chirurgie de l'intestin, il serait nécessaire de déterminer les causes de son arrêt dans l'intestin, arrêt qui se produit quelquefois ; c'est bien, en effet, cet arrêt qui a porté certains chirurgiens à rejeter son emploi.

— Rapprochons de ces faits une communication de M. Macready, à la Société médicale de Londres, sur un cas de **cancer du rectum**, traité d'abord par la formation d'un anus contre nature, et plus tard par l'entérectomie.

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, qui avait eu plusieurs attaques d'occlusion intestinale graves. A son entrée à l'hôpital, il y avait, depuis six jours, rétention absolue des matières, tympanisme abdominal et vomissements fécaloïdes. L'abdomen ayant été ouvert sur la ligne médiane, on put voir et sentir un néoplasme dur, situé à la réunion de l'S iliaque et du rectum. La plaie abdominale fut fermée et on procéda à la création d'un anus iliaque. Le côlon fut suturé aux bords de la plaie opératoire et ouvert par une simple incision longitudinale. Quatre semaines plus tard, une laparotomie médiane permit d'enlever la masse cancéreuse. La partie malade de l'intestin fut réséquée, et les deux bouts furent réunis, la muqueuse avec des sutures interrompues à la soie, les couches superficielles par des sutures de Lembert en grand nombre. Le vingt-sixième jour après la seconde opération, l'anus artificiel fut oblitéré, et un mois plus tard l'opérée quittait l'hôpital absolument guérie.

M. Allingham insiste sur les bons résultats que donne d'abord la création d'un anus artificiel. Il a noté que, sur quatre opérés dont l'intestin était distendu quand il avait enlevé le néoplasme intestinal, il avait eu quatre morts, tandis qu'il avait sauvé

quatre malades chez lesquels il avait d'abord traité la dilatation par la côlotomie pour recourir plus tard à l'entérectomie comme opération secondaire.

— Citons maintenant deux faits tout à fait curieux par leur rareté, et même dont l'un d'eux étonne au premier abord.

Nous voulons parler d'un cas de **grossesse tubaire survenue après une hystérectomie**. Résumons d'abord l'observation telle qu'elle nous est donnée par M. P. Wendeler.

Il s'agit d'une femme hystérectomisée en 1885. Depuis cette époque, l'opérée se portait assez bien ; les hémorragies avaient cessé, mais chaque mois elle éprouvait des malaises qui pouvaient être attribués à la suppression des règles.

Lorsque M. Wendeler fut appelé auprès d'elle, environ sept ans après l'opération, ces malaises périodiques avaient cessé depuis huit semaines, mais à partir de ce moment, de violents maux de cœur étaient apparus et, une hémorragie abondante était survenue, qui s'était reproduite une seconde et une troisième fois.

A l'examen, on trouve le vagin rempli de caillots sanguins ; le ventre, légèrement ballonné, douloureux à la palpation. L'absence d'utérus est facile à constater ; le vagin se termine en forme de cupule. Du côté droit, on constate au fond du vagin la présence d'une tumeur kystique à pédicule très court. L'exploration digitale dénote la présence, dans la région des annexes droites, d'une tumeur molle, du volume d'un œuf de poule. Au spéculum, on voit que le pédicule de la petite tumeur kystique sort d'une étroite ouverture siégeant au fond du vagin et d'où le sang s'écoule en assez grande abondance. En comprimant le kyste à l'aide d'une pince, le pédicule se gonfle et l'écoulement sanguin s'arrête.

Le diagnostic de grossesse tubaire fut porté. L'œuf s'étant développé au voisinage de la corne utérine, l'orifice tubaire s'est peu à peu développé, et les membranes de l'œuf sont venues faire saillie dans le vagin, d'où décollement de ces membranes et hémorragie.

Le petit volume de la tumeur, l'absence de rupture de la trompe, commandaient l'intervention par le vagin. C'est ce qui fut fait. Le petit kyste fut perforé et attiré à l'aide d'une pince ; le liquide amniotique s'écoula, et les membranes saisies purent être extirpées presque complètement. Cependant, devant l'hémorragie qui ne cessait pas tout à fait, M. Wendeler curetta le fond de la poche et parvint à extraire le reste des membranes qui portaient nettement des villosités choriales, mais sans trace de fœtus.

La poche fut tamponnée à la gaze iodoformée, ainsi que le vagin, et l'hémorragie s'arrêta d'elle-même. Cette petite intervention avait été pratiquée sans anesthésie, et l'opérée fut guérie en peu de temps.

Voilà certainement un fait unique dans la littérature médicale, et, pour expliquer la fécondation, il faut que la trompe soit restée perméable, ce qui est plus que difficile à comprendre après une ablation de l'utérus.

— L'autre fait curieux a trait à une **arthrite blennorragique chez un nourrisson** ; il est dû à M. Wolf. Il s'agit d'une enfant de cinq mois qui, en pleine santé, fut prise d'un gonflement douloureux du genou droit, où il se fit un épanchement abondant ; la région de la quatrième articulation métatarso-phalangienne devint aussi gonflée et rouge. Toutes les autres articulations restèrent indemnes. Un examen approfondi fit reconnaître que cette fillette était atteinte d'une vulvite purulente intense ; le pus contenait des gonocoques en grande abondance.

Les parents finirent par avouer qu'ils étaient atteints de blennorragie : le père se faisait soigner par un charlatan ; quant à la mère, elle ne s'inquiétait nullement de ses pertes blanches. L'arthrite blennorragique disparut au bout de trois semaines.

— Puisque nous en sommes aux observations rares, citons celle d'un **lipome de la base de la langue**, qui a été relatée par M. Martel dans le premier numéro de la *Revue de chirurgie*, 1896.

On sait combien est délicat le diagnostic des tumeurs bénignes de cet organe, et c'est pour cela que nous résumons cette observation curieuse.

Le fait se rapporte à un homme de soixante-sept ans, opéré, trente-cinq ans auparavant, d'une petite tumeur de la base de la langue.

Depuis deux ans environ, le malade éprouvait des symptômes analogues à ceux ressentis autrefois : un peu de gêne de la déglutition et de la phonation. Actuellement, elle gênait la déglutition et causait un léger embarras de la parole.

A l'examen, on ne voit rien d'anormal dans la cavité buccale ; mais le malade peut faire paraître sa tumeur en soulevant son larynx et en reserrant le segment inférieur du pharynx. On peut aussi la faire apparaître en comprimant latéralement le pharynx : on exprime ainsi la tumeur de sa loge habituelle. On la voit alors située entre les piliers, comblant presque en entier le vestibule bucco-pharyngien, atteignant en arrière la paroi postérieure du pharynx et en haut séparée à peine du bord inférieur du voile du palais. Sa surface est lisse, unie et brillante ; la muqueuse qui la recouvre est d'une teinte rosée et parcourue par quelques rares et grêles arborisations vasculaires. La tumeur est molle, fluctuante et dé-

pressible. En s'appuyant sur ces caractères, M. Ollier, dans le service duquel le malade était entré, fait le diagnostic de lipome de la langue.

L'opération a été une simple incision transversale sur la partie saillante de la tumeur : immédiatement celle-ci a fait hernie à travers la boutonnière et se décortiqua presque spontanément de sa capsule. C'était bien à un lipome que M. Ollier avait eu affaire.

— Une affection curieuse de la **colonne vertébrale**, affection d'origine traumatique et simulant un mal de Pott, a été décrite par Kummel, qui en avait observé six cas.

M. Henle vient de reprendre l'étude de cette lésion en ajoutant six observations nouvelles aux précédentes.

Voici ce dont il s'agit :

Un traumatisme contusionnant le rachis marque toujours le début de l'affection, que ce traumatisme soit direct ou indirect, comme, par exemple, une chute sur les pieds ou le fait d'un objet pesant tombant sur les épaules.

Selon la gravité du traumatisme, on peut observer trois périodes de cette affection. Dans la première, c'est une rachialgie intense et accompagnée d'impotence des membres. Ces symptômes se dissipent au bout de huit à dix jours.

A ce moment le blessé va bien, mais il n'y a que guérison apparente, ce qui constitue la deuxième période, qui peut durer même plusieurs mois.

Alors apparaît la troisième période, se manifestant par des douleurs plus fortes, irradiées, sous forme de névralgies intercostales, et s'accompagnant de troubles moteurs et sensitifs dans les membres. La déviation de la colonne vertébrale est bientôt la conséquence de ces troubles, et cette déviation porte sur la colonne dorsale sous forme de scoliose ou de cyphose.

La suspension à l'aide de l'appareil de Sayre fait immédiatement disparaître la déviation, qui se reproduit dès que le malade reprend pied.

Ce fait permet de distinguer la nouvelle affection de l'arthrite déformante rachidienne, du mal de Pott, d'autant que jamais on n'observe des abcès par congestion, et que toujours on retrouve un violent traumatisme comme point de départ de la maladie.

Cette affection n'étant pas mortelle, on n'a pas encore eu l'occasion d'en faire l'autopsie, et MM. Kummel et Henlé pensent que le traumatisme vertébral produit des troubles trophiques suffisants pour expliquer la déviation vertébrale.

Le pronostic, tout en n'étant pas grave, n'est pas absolument bénin, en ce sens que l'altération peut ne pas s'arrêter et la déviation rachidienne continuer à s'accuser davantage.

Quant au traitement, il consiste, bien entendu, dans l'immobilité de la colonne vertébrale, obtenue par le décubitus dorsal, immobilité à laquelle on joindra l'extension continue du rachis.

— **Vingt-deux cas de néphrectomie** pratiqués à la clinique chirurgicale de Berne ont fait l'objet d'un travail de M. Perthes, dans le *Deutsche Zeitsch f. chir*. Ces vingt-deux opérations n'ont été suivies que de quatre décès.

Le professeur Trendelenburg trouve que la méthode de choix est l'opération par la voie transpéritonéale. Aussi l'emploie-t-il toutes les fois que le rein est augmenté de volume. Ce n'est que lorsque le rein est de volume normal, ou lorsque son contenu serait dangereux pour le péritoine (tuberculose, pyélonéphrite), qu'il a recours à la voie lombaire.

La néphrectomie a été faite douze fois pour tumeurs. Trois malades ont succombé des suites de l'opération ; un autre est mort d'accidents intestinaux auxquels l'opération n'a pas été étrangère. Deux malades seulement n'ont pas eu de récidive (pour l'un depuis cinq ans).

Pour la tuberculose uro-génitale, une fois le rein gauche fut diagnostiqué tuberculeux et extirpé ; l'examen du rein enlevé montra qu'il était absolument sain, et l'évolution ultérieure de la maladie parut montrer que le siège des lésions était l'uretère gauche. Une autre fois, les symptômes vésicaux étaient tels que l'on pratiqua la taille hypogastrique et que l'on fit l'ablation d'une partie de la vessie ulcérée ; mais l'examen montra que cette ulcération n'était pas tuberculeuse. Les cinq néphrectomies faites pour tuberculose ont donné, d'une façon générale, des résultats satisfaisants.

Dans les hydronéphroses volumineuses et dans les pyonéphroses, M. Trendelenburg conseille la néphrectomie d'emblée. Elle ramène rapidement la santé, tandis qu'il n'est pas certain que la persistance de la poche après la néphrectomie soit sans inconvénients.

— Terminons par l'analyse d'un travail sur la valeur de la **sérothérapie du tétanos**, paru dans les *Annales suisses des sciences médicales*, et dû à la plume de M. Sahli.

L'auteur commence par constater que cette méthode n'a pas donné, comme dans la diphtérie, ce qu'on en attendait ; ce qui tient probablement à ce que le rôle de la bactérie, dans le tétanos, n'a pas la plus grande importance; ce sont les toxines qui ne tardent pas à pénétrer dans le torrent circulatoire, et de là impressionnent plus ou moins tardivement les centres nerveux. Il se peut, par exemple; de cette façon, que les accidents éclatent quand on ne constate plus de bactéries dans la plaie.

Dans le traitement du tétanos, il y a donc plusieurs indications à remplir.

D'abord la destruction, la plus rapide possible, des bacilles dans la plaie; et le traitement local a ici une grande importance, c'est pourquoi on voit l'amputation réussir, et tous les antiseptiques : acide phénique, iode, crésol, etc., doivent être mis en œuvre.

Il faut ensuite agir sur l'économie en éliminant les toxines par les purgatifs, les diurétiques, etc., et en les neutralisant, en faisant absorber des préparations dans lesquelles l'iode ou d'autres antiseptiques seront contenus.

C'est dans ce groupe des neutralisants que rentre le sérum antitétanique; mais ce dernier n'agit pas contre le mal déjà fait; il ne fait que rendre l'organisme réfractaire à l'action des toxines, d'où sa fréquente impuissance.

Enfin, on doit s'attaquer aux symptômes mêmes du tétanos, qui se traduit par une sensibilité exagérée des centres nerveux, et il faut alors faire intervenir les narcotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium, la morphine, le sulfonal, et même M. Sahli conseille, dans certains cas, l'emploi du curare et de la caricure.

Comme on le voit, la sérothérapie est loin d'avoir détrôné l'ancien traitement; mais loin de repousser son action, il faut, au contraire, que cette nouvelle méthode vienne seconder l'ancienne; ces deux moyens ensemble permettent d'arriver avec plus de sûreté à la guérison.

BULLETIN

On est en train, paraît-il, de remanier le concours des accoucheurs des hôpitaux de Paris; non pas en ce qui concerne le nombre et la qualité des épreuves, mais en ce qui a trait à la nomination des juges.

Le jury de ce concours est, en effet, composé d'un médecin, d'un chirurgien et de cinq accoucheurs. Or, le corps obstétrical des hôpitaux de Paris n'est pas assez nombreux pour suffire aux besoins des concours (internat, externat, etc.), dans lesquels les accoucheurs doivent être représentés. Il arrive alors forcément que les mêmes juges reparaissent pour le même concours, celui d'accoucheur des hôpitaux, par exemple, et que le règlement qui régit les nominations des juges médecins ou chirurgiens, et qui a été fait dans le but de permettre au candidat de passer avec des jurys différents, ne trouve pas, dans ce cas, sa juste application.

C'est pour parer à ces inconvénients que le Conseil de surveillance serait en train d'élaborer un nouveau règlement qui serait, croyons-nous, basé sur les dispositions suivantes :

Un juge quelconque ne pourrait faire partie du jury d'accoucheur que lorsque la liste de ses collègues n'ayant pas fait partie de ce jury depuis plus longtemps que lui, aurait été épuisée, et si, cette liste épuisée, la pénurie de juges faisait qu'on soit forcé d'avoir recours aux accoucheurs ayant déjà pris part à un concours de cette espèce, ce serait ceux qui ont siégé dans le concours le plus éloigné qui passeraient les premiers.

Cette mesure nous paraît équitable, et cela nous donne l'occasion de revenir sur une idée que nous avons déjà émise il y a quelque temps : Le nombre des concours augmente toujours, et même dans les concours, le nombre de juges présents. Le corps médical des hôpitaux peut suffire à ces besoins, vu la quantité de ses membres; nous venons de voir que le corps des accoucheurs était insuffisant; celui des chirurgiens est à la limite, et dans quelques mois, quand on va tirer le second jury pour deux nouvelles places de chirurgien des hôpitaux, il va y avoir des titulaires qui pourront être rappelés, ayant fait partie de l'avant-dernier concours, ce qui leur donnera la corvée d'être deux fois juges dans la même année.

Ne pourrait-on rendre la tâche plus légère aux titulaires en les déchargeant sur les chirurgiens, qui ne sont pas placés avant sept, huit, et même neuf ans, en fixant, par exemple, l'ancienneté de cinq ans à partir de la nomination, comme pouvant permettre de faire partie du jury qui nomme ses égaux?

Traitement de la Goutte et de la Gravelle urique

GOUTTE

Dans son remarquable article du traité de thérapeutique appliquée, M. Rendu a très judicieusement divisé le traitement de la goutte en traitement préventif, traitement de l'attaque de goutte aiguë, traitement de la goutte chronique, traitement de la goutte incomplète et rétrocidée, et traitement hydriatique.

C'est là, en effet, une division clinique et pratique qui permet une sage thérapeutique, et nous la suivrons dans cette étude en négligeant toutefois, le traitement hydriatique, en raison des limites imposées à cet article, et le traitement de la goutte rétrocidée, dont les accidents ne sont guère justiciables que de la méthode révulsive. Mais en revanche, nous aurons soin de faire connaître les récentes conquêtes de la matière médicale, grâce auxquelles la médecine peut lutter plus efficacement qu'autrefois contre l'uricémie.

1° *Traitement préventif.* — Si nous n'avons pas la puissance de faire disparaître le vice de nutrition originel qui crée la goutte, du moins nous pourrons beaucoup, par une hygiène bien entendue, pour retarder les manifestations de cette diathèse et en atténuer les fâcheux effets.

Chez le fils du goutteux, il faut dès les premières années

de la vie, surveiller avec soin l'alimentation (régime léger, plus riche en légumes qu'en aliments azotés, combattre la constipation), activer le fonctionnement de la peau (frictions sèches, lotions froides, bains) et les combustions interstitielles (exercices modérés). Il faut en somme, tout à la fois diminuer la production d'acide urique et en favoriser la destruction et l'élimination.

2° *Traitement de l'attaque de la goutte aiguë.* — On ne doit pas chercher à supprimer la crise ; ce serait faire courir au malade un gros danger ; mais il est du devoir du médecin de chercher à atténuer le mal.

Le traitement externe est admis par la généralité des médecins dont la plupart ont recours aux cataplasmes, aux liniments calmants, à l'ouate et au taffetas gommé. M. Rendu préfère entretenir sur le pied des compresses froides, trempées dans de l'eau blanche ou dans une décoction de fleur de sureau, ou dans une solution phéniquée à 1/200 ou 1/100.

Quant au traitement interne, il doit consister exclusivement dans les tisanes diurétiques et l'usage des alcalins, sauf à recourir exceptionnellement au colchique et l'acide salicylique dans les cas rares où l'intensité des crises impose une intervention énergique. Ces derniers médicaments et le danger de leur maniement imprudent, sont trop connus pour que nous insistions ; nous préférons nous arrêter un peu sur les alcalins et indiquer les raisons qui doivent présider à leur choix.

En Angleterre, on emploie de préférence les sels de potasse ; en France, le bi-carbonate de soude était en honneur jusqu'au moment où les sels de lithine vinrent le détrôner, en raison de la grande solubilité de leur urate.

A son tour, la lithine vient de céder la place à une nouvelle base, la *Pipérazine*, dont les urates sont sept à huit fois plus solubles que ceux de la lithine.

En outre, tandis que les sels de lithine et de potasse sont toxiques et que leur usage ne peut être continué longtemps, la Pipérazine peut être administrée sans inconvénient, à des doses dix fois supérieures.

Mais il y a plus, loin d'être un hypoglobulissant, elle entrave la désoxydation de l'oxyhémoglobine. Dérivée de la spermine, elle est un stimulant énergique du système nerveux, et combat les états neurasthéniques.

Pour toutes ces raisons, la Pipérazine est le médicament de choix dans l'accès de goutte aiguë.

3° *Traitement de la goutte chronique.* — Le goutteux confirmé peut rester vigoureux et pléthorique, ou devenir anémique et dyspeptique. Dans le premier cas, la constipation étant la règle, il convient de purger souvent ces malades, et, de préférence avec les drastiques et les cholagogues donnés à faibles doses. Dans le second cas, les amers sont indiqués.

Mais qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre variété, l'indication capitale est toujours de ralentir la production des urates et de favoriser leur élimination, double rôle qui est l'apanage des alcalins.

Mais le traitement devant être de longue haleine, la Pipérazine doit être prescrite, puisqu'elle est le seul alcalin dont l'usage puisse être continué longtemps sans inconvénients pour l'économie.

Du reste, dans ces formes chroniques, son action est encore plus remarquable que dans l'accès aigu, parce qu'elle diminue promptement les tophus en désagrégeant les matériaux albuminoïdes qui servent de substratum à ces dépôts.

En résumé, les effets de la Pipérazine dans la goutte sont tels que certains écrivains en font le spécifique de cette affection.

GRAVELLE URIQUE

Dreyfus-Brisac, dans le traitement de la lithiase urique qu'il a exposé dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, considère un traitement hygiénique et un traitement médicamenteux.

Le premier est identique à celui de la goutte, et il en devrait être ainsi, puisque, dans les deux cas, l'urécémie est l'objectif.

Le second comprend les médications diurétiques, représentées par l'ingestion d'eau à haute dose, balsamique, dont le principal facteur est le benzoate de lithine, et enfin alcaline. C'est assez dire que là encore, la Pipérazine triomphe.

Les témoignages du succès de ce médicament abondent. Schweninger, Elestein, Ritter et tous les savants qui l'ont étudié, le considèrent comme une acquisition scientifique de la plus haute valeur.

Le Dr Baraud a constaté chez un malade, qui offrait journellement des dépôts uratiques abondants, que ces dépôts disparaissent facilement sous l'action de la Pipérazine. Chez un autre, il a vu l'expulsion de graviers se produire rapidement.

Breventhal a affirmé l'efficacité de ce médicament dans la gravelle et dans la goutte, en s'appuyant sur plus de 450 observations.

Le Dr Schweninger a écrit que dans la goutte aiguë ou chronique, aucun médicament ne l'a satisfait comme la Pipérazine.

Il serait superflu d'allonger cette énumération, mais toutefois, nous devons faire remarquer que ces résultats sont étroitement liés à la qualité du médicament.

Primitivement, nous étions tributaires de l'Allemagne pour la Pipérazine ; mais nous possédons maintenant une marque française irréprochable :

La Pipérazine effervescente de Midy.

Avec ce médicament très exactement dosé, les médecins sont certains d'obtenir dans la gravelle urique, dans la goutte aiguë ou chronique, les succès qui ont établi chez nos voisins la supériorité de la Pipérazine.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1896

Après lecture du procès-verbal, la séance est levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. Sappey, un des anciens présidents de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'ordre du jour qu'on insère dans les journaux n'a pas été complètement rempli. Il nous a manqué une communication de M. Reynier sur les *nouvelles indications du salol iodoformé* ; ce sera pour la prochaine séance.

— Commençons donc par un rapport de M. Picqué sur un bouquet d'observations adressé par le Dr Chevassu (de Versailles).

Ce sont d'abord deux cas d'appendicite bien normaux, comme vont le montrer les deux résumés suivants :

Première observation. — Militaire en convalescence de scarlatine, qui est pris d'accidents du côté de l'abdomen ;

ventre ballonné; douleur généralisée, mais plutôt à droite; empâtement de la fosse iliaque; appendicite. — Incision iliaque qui permet de reconnaître une péritonite aiguë enkystée. La poche est vidée, lavée, et l'appendice cœcal est recherché. Ce dernier est réséqué, et la guérison suit ce traitement approprié.

Deuxième observation. — A peu près identique à la première.— Jeune soldat présentant des signes abdominaux : météorisme; douleur à la pression du côté du cœcum; empâtement de la région; matité bien nette à ce niveau; diagnostic d'appendicite suppurée. — Incision iliaque qui met au jour une collection pleine de pus et de gaz, et qui contient un coprolithe. L'appendice est en vain recherché, et on ne pousse pas plus au loin les investigations. L'abcès est drainé et la guérison a lieu.

C'est là, comme le fait remarquer le rapporteur, de bonne chirurgie, qui prouve ce qu'on peut faire en intervenant de bonne heure.

La *troisième observation* de M. Chevassu a trait à une *tumeur fibreuse survenue à la suite d'une piqûre d'épine*. Un soldat s'enfonce une épine à la face dorsale de la main droite. On cherche en vain à ce moment à extraire le corps étranger. Au bout de cinq mois, des douleurs se manifestent. Le gonflement augmente, et bientôt la tumeur est constituée. Elle a la forme d'un macaron, est immobilisée par la contraction des extenseurs, ne présente pas de fluctuation, est douloureuse à la pression.

L'extirpation est décidée; la dissection est laborieuse à cause de la présence des tendons extenseurs. Bref, l'ablation est terminée, et au milieu d'elle, on trouve l'épine, cause de tout le mal.

Enfin, la quatrième observation a trait à une *rupture traumatique de l'urèthre*. Il s'agit encore d'un militaire qui tomba à califourchon sur une roue de caisson, et qui se rompit l'urèthre. La rupture du troisième degré commanda l'incision du périnée, la recherche de l'urèthre, qui ne portait pas une solution complete de continuité et qui fut suturé avec un plein succès.

A ce propos, M. Picqué fait remarquer que dans ce cas il n'y a pas eu besoin de suture parauréthrale, méthode que M. Guyon a employée avec succès, et que pour sa part il a eu l'occasion de pratiquer dans un cas ou l'écartement des deux bouts de l'urèthre ne permettait pas la suture immédiate des deux bouts.

— Dans la dernière séance M. Berger présenta un petit malade opéré par lui d'un *bec de lièvre complexe*; à ce propos, M. Kirmisson rappelle que sans décoller complètement l'aile du nez, comme M. Berger, il a l'habitude de lui faire subir un mouvement de torsion qui a pour but de venir appliquer son extrémité à la partie médiane, ce qui fait disparaître l'aplatissement de la narine.

M. Championnière vante à ce propos les sutures profondes qui, faites du côté de la muqueuse buccale concurremment avec les sutures externes, contribuent à donner plus d'épaisseur à la lèvre, et M. Berger répond que le point important qu'il a voulu mettre en lumière est le décollement complet de l'aile du nez, qui, mobilisée, peut être suturée sur la ligne médiane au plus grand bénéfice de l'opéré.

— La *lithiase biliaire* et son traitement chirurgical font l'objet d'une communication importante de M. Tuffier.

Ce chirurgien commence par dire qu'il n'a en vue que la lithiase de la vésicule et commence par citer une observation dont voici les traits principaux : Une femme de quarante ans est prise d'accès gastralgiques avec ictère, sans aucune colique hépatique. Le diagnostic n'est pas d'abord porté. Mais bientôt il se produit une tumeur vésiculaire très nette, et une thérapeutique appropriée est tout d'abord instituée.

Elle n'a pas de résultat; la tuméfaction augmente; le diagnostic de néoplasie est redouté. Bref, l'incision est décidée, et la laparotomie montre une tumeur énorme enchâssée sous le foie, transparente à ce point qu'elle est prise tout d'abord pour un kyste hydatique. La ponction fait couler le plus transparent des liquides, et la poche, suturée à la paroi, est ouverte et laisse retirer de son intérieur vingt-deux calculs biliaires.

La vésicule — car c'était elle — est donc drainée et, au bout de vingt jours, la guérison était complète.

Ce liquide décoloré n'était autre qu'une sécrétion des glandes vésiculaires succédant à une résorbtion de la bile contenue dans la vésicule.

De 1891 à 1895, M. Tuffier a traité treize cas de lithiase biliaire et a toujours pratiqué la cholécystostomie pure et simple. Il n'a perdu que trois malades; les autres ont guéri, quelle que fût la lésion de la vésicule. Sur ces treize cas, quatre étaient non infectés; il y a eu quatre guérisons; neuf fois il y avait de la cholécystite, et trois morts sont arrivées.

Deux de ces décès sont dus à des phlegmons biliaires graves; une malade est morte dans ces conditions, le onzième jour de pneumonie; l'autre, d'accidents infectieux.

La troisième mort est peut-être due à une faute opératoire. Contrairement à son habitude, M. Tuffier ouvrit la vésicule avant de l'avoir suturée à la paroi. La bile était remplie de colibacilles et la malade mourut de péritonite.

M. Tuffier termine par les considérations suivantes. Il rappelle que, suivant la règle, toutes ses opérées étaient des femmes, et que le nombre des calculs a varié de trois à cinq cents. Treize fois, la vésicule était d'un gros volume.

Passant alors à la comparaison de la cholécystostomie pure et simple, avec la cholécystostomie idéale ou la cholécystectomie, M. Tuffier dit préférer la première. La fistule biliaire, en effet, n'est pas plus fréquente avec celle ci qu'avec la cholécystectomie, car sa persistance dépend de l'état des voies biliaires, et la cholécystostomie idéale peut être dangereuse, à cause de la désunion possible de la suture.

Il ne faut pas enfin tenter l'oblitération de la fistule d'une façon trop précoce, car elle ne réussit pas; et l'écoulement biliaire qui, abondant au début, peut fatiguer les malades, ne tarde pas à se réduire dans des proportions telles, qu'elle est négligeable.

— M. Tachard lit une note sur *le traitement des pseudarthroses du tibia, par les injections interstitielles et interfragmentaires de teinture d'iode*, et cite deux cas à l'appui. Ce qui donne l'occasion à M. Schwartz de citer un cas de pseudarthrose guérie par l'électrolyse.

Eugène Rochard.

***

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 24 MARS

1° Suite de la discussion sur les pyélonéphrites;

2° Rapport : Traitement du cancer du rectum; procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-rectale, par M. Gaudier. — Rapport de M. Quenu;

3° Nouvelles indications du salol iodoformé (M. Reynier). — Luxation congénitale de la hanche, par M. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1896

Au début de la séance, M. Galliard communique la note suivante :

« Un homme de trente ans, soigné dans mon service, à l'hôpital Tenon, pour une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, a présenté, à partir du 10e jour, une belle éruption de taches rosées lenticulaires. Il a eu des hémorragies intestinales du 15e au 20e jour. Le 22e jour, j'ai constaté un piqueté rougeâtre aux poignets, au pli des coudes, aux malléoles externes, aux creux poplités. Le 23e jour, les macules étaient nombreuses, larges, souvent confluentes dans ces régions; on en trouvait aussi aux aines, à l'abdomen, au thorax; les placards étaient symétriques. L'érythème ne fut visible que pendant trois jours. On ne put l'attribuer à aucun médicament, le malade ayant été traité seulement par les bains froids et n'ayant pris que deux ou trois doses de quinine au début.

« Vomissements, albuminurie, délire, adynamie. Il est mort le 38e jour. Pas d'autopsie. »

— M. Hayem présente ensuite des pièces anatomiques provenant d'une femme de vingt et un ans, chlorotique, qui mourut subitement à la suite d'une émotion.

Cette malade avait eu en 1894, et sans cause apparente, une phlébite de la jambe gauche, qui fut suivie de douleurs persistant pendant cinq mois et que l'on rapporta à une sciatique.

Au mois de juillet dernier, elle fut prise de palpitations, de dyspnée et d'un affaiblissement extrême; ces symptômes se reproduisaient alors même que la malade gardait le repos. On lui prescrivit du fer et de la digitale.

Quand elle entra dans le service de M. Hayem, le 4 février, elle se plaignait de céphalalgie, de palpitations violentes rendant la marche absolument impossible, et accompagnées d'une toux sèche et d'un point de côté gauche. Pas d'expectoration, pas d'hémoptysie. Elle était pâle et très dyspnéique. Le pouls était petit, les battements du cœur forts et précipités; on constatait l'existence d'un frémissement à la pointe; à l'auscultation, on entendait un bruit anormal variable, ressemblant tantôt à un frottement, tantôt à un souffle valvulaire, tantôt à un bruit surajouté donnant le rythme du bruit de galop; le changement d'attitude ne modifiait pas ce bruit anormal. Rien aux poumons, pas de troubles gastriques.

A l'autopsie, on trouva l'artère pulmonaire complètement oblitérée par des coagulations sanguines, les unes anciennes, adhérentes, les autres récentes, friables. Le point de départ de ces coagulations était dans le cœur même. Celui-ci est petit. L'aorte mesure, à son orifice, 5 centimètres; l'artère pulmonaire, 6 centimètres.

Dans le ventricule droit et sur la cloison interventriculaire, on voit de petites concrétions en chou-fleur; en outre, près de l'infundibulum, existe un caillot volumineux, adhérent à l'endocarde par une portion fibreuse, incrustée de sels calcaires, recouverte par un prolongement de l'endocarde et se continuant par une sorte de tête végétante, recouverte de débris analogues aux coagulations de l'artère pulmonaire.

Il est logique d'admettre qu'il y a eu endocardite probablement à l'époque où s'est produite aussi la phlébite. L'oblitération de l'artère pulmonaire s'est faite en plusieurs temps. Il n'y a pas eu d'infarctus pulmonaires, mais les poumons sont atélectasiés et infiltrés d'un peu de sang d'une façon diffuse.

M. Rendu a publié à la Société médicale, il y a plusieurs années, une observation analogue, du moins au point de vue clinique. Chez une chlorotique, morte brusquement, on avait trouvé à l'autopsie, une oblitération de l'artère pulmonaire. Mais l'origine de cette oblitération n'avait pas été trouvée.

— Le diagnostic d'*angine à streptocoques* est un des diagnostics bactériologiques que l'on porte le plus fréquemment en clinique. MM. Vidal et Bezançon, dont on connait déjà les belles recherches démontrant la présence constante du streptocoque dans la bouche, pensent que ce diagnostic d'angine à streptocoque est sujet à revision.

Tout récemment, M. Lemoine, dans 165 cas d'angines aiguës diverses, a trouvé constamment le streptocoque; en ponctionnant l'amygdale suivant le procédé de M. Vaillard, il trouvait aussi le streptocoque.

Chez cinq personnes saines, MM. Vidal et Besançon ont également trouvé le même micro-organisme dans la profondeur de l'amygdale. Aussi, après avoir fait ressortir toute la difficulté de savoir si le streptocoque a joué ou non un rôle dans la production d'une angine, MM. Vidal et Besançon tirent la conclusion suivante :

« La bactériologie, qui nous a rendu le plus précieux des services, en nous permettant le diagnostic rapide et certain de l'angine diphtérique, ne nous autorise pas, à l'heure actuelle, à nous baser sur la présence de streptocoques pour distinguer nosographiquement les angines aiguës. En prenant cette base de classification, on risquerait de ne plus distinguer que deux variétés d'angines aiguës, les diphtéries et les non diphtéries, et cette classification serait par trop simpliste. Il faut se souvenir que les infections d'une cavité ouverte constamment peuplée de germes, comme la bouche, sont plus difficiles à classer que les infections d'une cavité close normalement aseptique, comme la plèvre par exemple.

« Les angines aiguës, érythémateuses ou pseudo-membraneuses, dans lesquelles on retrouve le streptocoque, ne sont donc pas suffisamment classées par la bactériologie. Sans nier le rôle que ce microbe doit souvent jouer dans leur genèse et, tout en reconnaissant son rôle capital dans leurs complications, nous avons voulu seulement montrer qu'à l'heure présente, les angines aiguës non diphtériques doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution. »

— M. Huchard a observé récemment un bel exemple de souffle cardio-pulmonaire à foyers multiples, simulant un rétrécissement mitral avec insuffisance, et surtout une insuffisance aortique. Il s'agissait d'une femme, au sujet de laquelle le diagnostic d'insuffisance aortique avait été porté dans plusieurs services hospitaliers, et dans le service même de M. Huchard. Cette femme mourut rapidement d'hémorragie cérébrale. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion orificielle. Il s'agissait donc des bruits extracardiaques ou mieux, comme les nomme M. Potain, de bruits cardio-pulmonaires.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Le zona ophtalmique peut simuler l'érysipèle. C'est du moins ce qui résulte d'une observation de M. Danlos.

Chez un malade, on constatait en effet l'existence de ganglions rétro-auriculaires douloureux, un gonflement très marqué de la moitié droite de la face et du cuir chevelu, et, de plus, de l'œil gauche, des vésicules de dimensions très irrégulières ne paraissant pas en rapport avec le

trajet des nerfs. Cependant, on devait penser au zona, car il y avait des points d'anesthésie semés dans la zone vésiculaire, la demi-droite de la langue était un peu sensible par suite de la participation du nerf maxillaire inférieur, les vésicules s'arrêtaient exactement à la ligne médiane du front.

— M. FEULARD a présenté deux enfants atteints de scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples. La seconde observation est surtout intéressante.

La malade et un sœur ont été atteintes en même temps de varicelle, en 1895; dans le même logement, vivait le père des deux enfants, tuberculeux déjà avancé, et expectorant abondamment. En juillet 1896, la fillette la plus jeune succomba à une tuberculose méningée et pulmonaire. Au même moment, l'aînée présenta les premières manifestations cutanées. Les enfants ont dû être inoculées au moment de la varicelle : chez l'une, plus résistante, l'infection est restée cutanée ; chez l'autre, elle a été viscérale et a causé rapidement la mort. Les manifestations tuberculeuses apparurent quatre mois après l'infection probable.

— Dans une deuxième note sur une dermatite suppurative, MM. HALLOPEAU et PRIEUR ont fait ressortir que cette dermatose, constamment caractérisée par des soulèvements d'emblée purulents et se trouvant ainsi nettement différenciée des dermatites herpétiformes et autres pemphigus, a continué à être remarquable par la singularité de ses formes éruptives, simulant tantôt différents signes de l'alphabet, tantôt des étoffes finement plissées. Elle a envahi progressivement toute la surface tégumentaire, ainsi que la muqueuse des premières voies, et a fini par amener progressivement la mort, soit que le malade n'ait pu résister à l'énorme abondance de la suppuration et à la persistance de la fièvre, soit que la résorption secondaire du pus, arrêté et envahi secondairement par les microbes septiques, ait déterminé une intoxication.

— MM. HALOPEAU et G. BUREAU ont observé un cas de syphilome secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique. Ce syphilome, affection des plus rares, amène une alopécie tout à fait distincte de l'alopécie en clairière, que l'on observe souvent dans la syphilis secondaire ; le cuir chevelu présente, dans presque toute son étendue, une coloration érythémateuse, avec production de squames relativement larges et épaisses ; l'alopécie consécutive est diffusée dans la totalité de la région ; les cheveux peu abondants qui persistent sont grêles et atrophies; ces altérations donnent l'idée d'un eczéma séborrhéique grave et invétéré. Ce qui indique la nature syphilitique de cette éruption, c'est la présence, à son pourtour, de plaques muqueuses cutanées nombreuses et caractéristiques.

— Chez un malade, soigné en 1890 pour un chancre syphilitique, par le professeur Fournier, et suivi de plaques muqueuses, M. DU CASTEL a vu se produire, de chaque côté du frein, deux ulcérations absolument chancriformes. Il s'est demandé s'il y avait réinfection syphilitique? Ce n'est pas l'avis de M. Fournier qui, du reste, pas plus que M. Besnier, n'a jamais vu un cas probant de réinfection, depuis vingt ans qu'il en cherche à Saint-Louis.

— M. FOURNIER a étudié un cas de syphilis médullaire caractérisée par une marche pénible, vu la raideur musculaire, l'exaltation des réflexes, la trépidation épileptoïde du pied, la constipation et la perte involontaire des urines. Cet ensemble de symptômes a encore reçu le nom de paraplégie spasmodique. Chez le sujet de M. Fournier, le chancre date de quatorze mois.

— MM. HALLOPEAU et JOUSSET ont observé un cas de pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme. Cette transformation peut s'expliquer soit par un changement dans le mode de réaction du sujet, soit par une modification dans la quantité et la qualité des toxiques pathogénitiques. Le pemphigus foliacé peut présenter, dans une évolution, des alternatives notables d'aggravation ou de rémission.

— Le chimisme gastrique de syphilitiques prenant du mercure a été étudié par MM. GASTOU et BABON. On s'est adressé à des malades dont les uns absorbaient le médicament par la voie gastrique et les autres par la voie sous-cutanée. Enfin on a aussi fait porter les recherches sur l'état gastrique avant et après le traitement. Les malades prenant le mercure *per os* deviennent presque toujours hypopeptiques ; il se produit une gastrite avec transformation muqueuse de l'épithélium. Il est évident que l'on devra recourir aux injections chez les syphiliques prédisposés aux troubles gastriques.

— L'emploi de greffes dermo-épidermiques dans le traitement de l'ulcère de jambe et dans celui du lupus tuberculeux a donné de bons résultats à MM. TERRIEN et TENNESON. On doit commencer, dans le cas de lupus, par transformer la plaie en plaie simple, en détruisant les tissus malades par la curette, ou mieux par les caustiques. Une fois l'eschare tombée, les greffes permettent d'obtenir la guérison en dix ou quinze jours; elles permettent d'éviter les rétractions cicatricielles, parfois si gênantes. Ce traitement n'a du reste pas la prétention de mettre à l'abri des récidives.

M. BESNIER a fait remarquer que les plaies qui succèdent à l'ablation de greffes peuvent laisser des taches disgracieuses, deviennent par fois chéloïdiennes. Parfois, aux points où l'on a enlevé les greffes on voit se reproduire des lésions semblables à celles que l'on avait cherché à guérir.

— Un malade de MM. HALLOPEAU et A. JOUSSET, diabétique, présente sur le dos des mains une éruption érythémateuse et purulente, dont la disposition rappelle exactement celle d'une paire de mitaines. Son caractère d'acuité contraste avec la bénignité d'une éruption érythémateuse survenue concurremment dans la région cervicale. Il ne s'agit pas de diabétides, mais d'une éruption due à l'action des toxines. On ne s'explique pas, du reste, comment ces agents donnent lieu simultanément à des manifestations si torpides du côté du cou et si aiguës du côté des mains, pas plus que l'on ne s'explique la reproduction constante *in cito* des éruptions provoquées par l'antipyrine et l'iodure de potassium.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur un cas de division de la moelle et d'exostose du rachis, chez un sujet atteint de spina bifida lombaire. — Note de M. V. MÉNARD, présentée par M. LANNELONGUE.

Nous avons disséqué une pièce anatomique rare et instructive, provenant du musée de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, et appartenant à un sujet qui a succombé quelques jours après sa naissance.

La tumeur du *spina bifida*, offrant le volume d'une orange, occupe la région des lombes, et l'orifice osseux qui la fait communiquer avec le canal rachidien est formé par l'écartement des lames de la deuxième et de la troisième vertèbres lombaires. Depuis cet orifice jusqu'au niveau de la septième vertebre dorsale, les deux cordons de

la moelle sont séparés, par suite de l'absence complète de la commissure médiane.

Une cloison du tissu cellulaire lâche remplit l'intervalle des deux moitiés de la moelle. Elle est renforcée sur un point par une exostose aplatie, que l'on peut comparer, en raison de sa forme, à un fragment de scie portant deux dentelures.

Cette production osseuse, à laquelle on pourrait donner le nom de *barre transmédullaire*, ne répond pas exactement à l'extrémité supérieure de la division de la moelle. Les deux cordons se réunissent un centimètre plus haut. Au niveau du *spina bifida*, ils affectent une disposition différente : le cordon du côté droit reste dans le canal rachidien avec sa situation et sa direction habituelles ; celui du côté gauche pénètre au contraire dans la tumeur, contracte une adhérence intime avec sa paroi sur une hauteur de deux centimètres, et rentre ensuite dans le canal vertébral. Le *spina bifida*, dans ce cas, est tellement asymétrique qu'il participe de deux variétés différentes : de la *méningocèle* par sa moitié droite, de la *méningo-myélocèle* par sa moitié gauche.

Sur la partie divisée de la moelle, les nerfs rachidiens naissent à la surface des cordons médullaires suivant la manière habituelle, sauf en ce qui concerne la partie gauche comprise dans la tumeur, et plus spécialement la partie qui se trouve en apparence confondue avec la paroi.

Sur cette dernière prennent leur origine les trois premiers nerfs lombaires du côté gauche. Comme à la surface de la moelle normale, chacun de ces nerfs est formé par la convergence des racines antérieures et des racines postérieures. Mais ici les racines antérieures sont implantées suivant une ligne verticale, voisine du plan médian ; les racines postérieures suivant une deuxième ligne verticale, située à cinq millimètres en dehors.

Les deux cordons médullaires se rejoignent au-dessous du *spina bifida* pour former la partie inférieure du renflement lombaire, qui descend jusqu'à la base du sacrum.

Le *filum terminale*, plus court et plus gros qu'à l'ordinaire, se renfle inférieurement en une tumeur de structure fibreuse, offrant la forme et le volume d'un noyau d'amende, et attachée en bas au coccyx.

La division de la moelle dans le *spina bifida* a été observée par divers auteurs, mais les cas dans lesquels elle est compliquée par la production osseuse que nous appelons la barre transmédullaire, sont peu nombreux, et dans tous ces cas, sauf dans le nôtre, le *spina bifida* appartenait à la variété des méningocèles.

La division de la moelle et la présence d'une barre osseuse séparant les deux cordons constituent une intéressante anomalie de développement. Les deux faits coïncident sans affecter entre eux aucune relation pathogénique, puisque la division de la moelle n'a pu se produire qu'à une époque très peu avancée de la vie embryonnaire (avant la troisième semaine).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous ne pouvons que louer la conduite des médecins de Chinon qui, victimes d'une Société de secours mutuels, viennent de fixer leurs honoraires, pour les membres de cette société, de cette façon suivante : Visite, 1 franc; la nuit, 3 francs; consultations, 1 franc. Pour les sociétaires habitant en dehors de l'octroi, 0 fr. 50 le kilomètre en plus du prix de la visite.

Croirait-on que cette société, dans laquelle on compte des propriétaires, des rentiers et même un millionnaire, avait fixé le tarif des visites médicales à 0 fr. 30.

Nos confreres de Chinon, dans des termes dignes, ont appris leur décision au président de la Société de secours mutuels, qui répondit que la dite société ne pouvait accepter ces tarifs !

Mais, là ne se borna pas l'action de la société, qui fit une campagne de presse contre les médecins chinonais, qui essaya de trouver un des signataires qui manqua à sa parole, en lui promettant des avantages; qui chercha même dans la province un médecin qui consentit à prendre la clientèle vacante.

Tous ces efforts furent vains; les médecins de Tours envoyèrent même leurs félicitations à leurs confrères de Chinon, qui ont montré une preuve de solidarité d'autant plus remarquable qu'elle est plus rare aujourd'hui.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. Ciaudo (des Alpes-Maritimes).

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Bernard, à Cannes ; Bouisson, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Carence, à Toulon ; Debaussaux, médecin-inspecteur du service de santé du 15e corps, à Marseille ; Dose, à Draguignan ; Frochier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Ségard, médecin principal de la marine.

Officiers d'Académie. — MM. Bernard et Viau, à Toulon.

— Des témoignages de satisfaction ont été accordés aux médecins qui ont fait preuve de dévouement, savoir :

MM. Benoit, à Dieulefit (Drôme) ; Dugenet, à Bléré ; Landreau, à Baignes ; Fontaine, à Marseille-le-Petit ; Deausse, à Pont-Saint-Martin ; Camin, à Saint-Lys ; Delaunay, à Rosny (Seine) ; Masson, à Raon-l'Etape ; Reverchon, à Nogent-en-Bassigny.

Corps de santé de la marine. — Sur l'avis du Conseil supérieur de santé, le ministre de la Marine a décerné le prix de médecine navale, pour l'année 1895, à M. le médecin principal de la marine Brémaud pour son *Rapport médical sur l'escadre cuirassée du Nord.*

Centenaire de la Société de Médecine de Paris. — La Société de Médecine de Paris célèbre son centenaire (22 mars 1896).

Samedi 21 mars, à quatre heures très précises, séance solennelle dans la salle habituelle, 3, rue de l'Abbaye.

1° Allocution du président, M. Ladreit de Lacharrière; — 2° M. Duroziez : La Société de Médecine de Paris depuis sa fondation ; — 3° M. Motet : Éloge de Duchenne (de Boulogne).

A neuf heures et demie du soir, réception chez le président, M. Ladreit de Lacharrière.

Dimanche, 22 mars, à sept heures et demie du soir, banquet au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées.

Congrès français de médecine. — La troisième session du Congrès français de médecine doit s'ouvrir à Nancy, le 6 août 1895, sous la présidence de M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les trois questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Bordeaux, et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° *Pronostic des albuminuries.* — Rapporteurs : MM. Talamon, médecin des hôpitaux de Paris, et Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux;

2° *Coagulations sanguines intra-vasculaires.* — Rapporteurs : MM. Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Vaquez, médecin des hôpitaux de Paris;

3° *Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies.* — Rapporteurs : MM. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et Hausser, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites, avant le 14 juillet dernier, au secrétariat général (Dr Paul Simon, 15, rue de la Ravinelle, à Nancy).

Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Stoeber, 66, rue Stanislas, à Nancy.)

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

Prix Alberto Lévi. — M. Behring a employé les 25,000 francs qu'il a reçus, comme moitié du prix Alberto Levi, à une fondation destinée à doter les recherches sérothérapiques. Cette somme s'ajoutera à un fonds provenant de l'excédent à prévoir sur le budget de l'Établissement officiel de contrôle des sérums antidiphtériques répandus dans le commerce.

La question des étudiants étrangers. — D'après nos renseignements — que nous avons lieu de croire très exacts —, cette question des étudiants étrangers ne tardera pas beaucoup à recevoir la solution que l'équité et le bon sens réclament, et qui est même dans la nécessité des choses.

Dans une entrevue récente, MM. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, Brouardel, Cornil et Lannelongue ont envisagé la question sous toutes ses faces. Ils ont été unanimement d'avis que les étudiants étrangers devraient, tout comme les étudiants français, passer par l'épreuve du baccalauréat avant de pouvoir prendre leur première inscription, et suivre ensuite pendant un an les cours préparatoires de sciences en Sorbonne.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique sera saisi de ces propositions dans sa plus prochaine réunion et on peut considérer comme certain qu'il les approuvera. Elles seront ensuite transmises au ministre qui, par simple arrêté, peut les mettre en vigueur. Nous ne croyons pas nous aventurer en disant que l'approbation du ministre n'est pas douteuse. Il se pourrait, du reste, qu'il fût prochainement amené à faire cette déclaration à la tribune de la Chambre, à la suite d'une question que lui poserait, après entente préalable, un professeur de la Faculté, membre de la Chambre des députés, qui tient beaucoup à ce que l'on aboutisse rapidement à une solution *(Bulletin médical.)*

Hommage au professeur Röntgen. — Les corps d'étudiants de l'Université de Wurzbourg ont fait, avant hier, un cortège aux flambeaux en l'honneur du professeur Röntgen. L'un des étudiants a adressé au célèbre physicien une allocution, et ses camarades l'ont salué de vivats enthousiastes.

Académie royale de médecine de Belgique. — PROGRAMME DES CONCOURS : 1° Faire l'étude chimique et microscopique des plantes de la famille des solanées employées en médecine et de leurs produits usités en pharmacie. Les concurrents insisteront sur les méthodes de dosage des principes actifs contenus dans ces médicaments. — Prix : 500 francs. — Clôture du concours : 20 juin 1896.

2° Du rôle des cellules migratrices provenant du sang et de la lymphe dans l'organisation des tissus chez les animaux à sang chaud. — Prix : 1,000 francs. — Clôture du concours : 15 novembre 1896.

3° De la putréfaction au point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale. — Prix : 1,000 francs. — Clôture du concours : 15 avril 1897.

4° Apprécier, à l'aide de faits expérimentaux et cliniques, la valeur thérapeutique de l'antisepsie gastro-intestinale. — Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 juin 1897.

5° Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathologie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. — Prix : 8,000 francs. — Clôture du concours : 15 septembre 1899.

Des encouragements de 300 à 1,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompenses. Une somme de 5,000 francs et une de 25,000 francs pourront être données, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

6° Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques.

« Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » — Prix : 750 francs. — Clôture du concours : 15 janvier 1897.

Hospice de la Maternité. — Le Dr Pierre Budin, accoucheur en chef de la Maternité, a commencé son enseignement clinique pour les médecins et les étudiants, le 19 mars 1896, et le continuera, pendant trois mois, les jeudis suivants, à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Sappey, membre de l'Institut, ancien président de l'Académie de médecine (1887).

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 13. L'UNION MÉDICALE 28 Mars 1896.

SOMMAIRE

Plaies de poitrine par balles de revolver

Par le Dr Aimé GUINARD, chirurgien des hôpitaux.

I

Avec l'aide de mon élève, M. Audoucet, j'ai fait des expériences, à l'amphithéâtre de Lariboisière, pour m'assurer s'il est possible qu'une balle frappant sur une côte ou à sa partie antérieure, puisse contourner cette côte et aller se loger dans les muscles ou sous la peau de la région dorsale. On sait que c'est là une opinion classique qu'on trouve répétée partout. J'avoue que l'existence de cette lésion bizarre m'avait toujours semblée problématique, et je suis convaincu qu'on s'est souvent basé, pour affirmer son existence, sur l'innocuité de l'accident dans un bon nombre de cas et sur la difficulté d'admettre que le poumon ait pu être traversé de part en part sans que cela donne lieu à des symptômes graves.

Je commence par dire que le fait pourrait « peut-être » se présenter en temps de guerre, quand une balle morte ou tout au moins qui aurait perdu la plus grande partie de sa force de projection, arrive au contact d'une côte. On conçoit alors que, bridé par la peau, le projectile puisse se frayer un chemin dans les tissus, en contournant le thorax, *parce qu'il n'a pas la force de perforer la peau* pour s'échapper au dehors. Ou bien si, dès son entrée, il a pénétré obliquement dans la plèvre, à travers un espace intercostal, il ira en ligne droite frapper sur la face interne d'une côte ou même d'un espace intercostal, et si sa force de pénétration est insuffisante pour qu'il fracture cette côte ou perfore cet espace intercostal, il suivra, en la contournant, la surface pleurale du thorax, jusqu'à son extrémité vertébrale. Voilà ce que le simple raisonnement devait indiquer et c'est ainsi, comme nous allons le voir, que les choses se passent dans quelques cas exceptionnels. Mais de là à généraliser, comme on le fait couramment, de là à donner ces faits comme habituels dans les coups de feu de la poitrine, il y a une différence majeure. Et les expérimentations viennent absolument à l'encontre de cette donnée classique. Il est probable que cette légende a pris naissance au temps où les projectiles avaient tous une forme arrondie et étaient d'une force beaucoup moins considérable. Je crois même qu'aujourd'hui, avec les nouveaux fusils de guerre et les projectiles usités, les plaies en séton, en arc, doivent être extrêmement rares. Quant aux plaies par balles de revolver, en cas de suicide, on peut affirmer qu'elles ne donneront jamais lieu aux trajets à grand arc en

FEUILLETON

Émotions de jeu.

L'ennui de l'interminable traversée n'avait pas éteint notre gaîté. Depuis quatre-vingt-douze jours, cependant, nous avions quitté Santa-Cruz de Tenérife et, pendant ces trois grands mois, nous n'avions vu rien autre chose que la mer mouvante et le ciel immuable. Trois ou quatre fois peut-être, dans le rayon de notre horizon, un navire avait passé, anglais, naturellement, et transportant sur quelque point du globe du charbon de Cardiff ou de Newcastle. Avec l'un d'entre eux, *Cargo-Boat*, bourré de houille à couler bas, et dont le pont à fleur d'eau était sans cesse balayé par la houle, on avait signalé par signaux un banal salut : « Bonne route; bon voyage. — Merci. » Et c'était tout.

Un jour encore, à travers la brume déjà froide, par quoi s'annonçait l'approche des grandes mers australes, on avait, vers le soir, aperçu très vaguement au loin la silhouette aiguë et triste de l'île Tristan d'Acunha, comme une découpure d'un gris plus sombre sur le gris translucide du brouillard; puis, très vite, la nuit s'était faite. Et il y avait bientôt un mois que nous traversions, poussés par des vents de tempête, le plus désolé des Océans, tourmentés par des roulis et des tangages invraisemblables, astreints à des prodiges d'équilibre dans l'accomplissement des actes les plus simples, et presque complètement privés du sommeil par la violence et l'étendue des mouvements du navire qui ne nous permettaient de dormir que par courtes périodes tres espacées, lorsque la fatigue physique et l'épuisement nerveux arrivaient à ce degré qui abat les hommes comme des masses inertes, insensibles à toute excitation.

Un petit groupe de passagers, dont j'étais, supportait toutes ces misères avec une bonne humeur non moins jalousée qu'admirée des autres. Notre jeunesse nous faisait cet avantage : le plus vieux d'entre nous n'avait pas de beaucoup dépassé vingt-cinq ans; j'en avais à peine vingt-deux, et je n'eusse échangé contre rien au monde les deux galons tout neufs que je venais de gagner, les émotions de

question. Il faudrait, pour cela, des revolvers-joujoux comme on n'en trouve même pas dans le commerce. Aujourd'hui, le moindre revolver de 7 millimètres contient des projectiles doués d'une force de projection suffisante pour pénétrer toujours en ligne droite, quand le coup est tiré à bout portant.

Pour mes expériences, je me suis servi d'un petit revolver de calibre 7. J'ai assujetti un cadavre dans la position verticale, et, me plaçant en face du thorax, j'ai tiré des coups de revolver, en plaçant le bout du canon à 1 ou 2 centimètres de la peau et en inclinant l'arme de diverses manières.

Première expérience. — J'ai d'abord constaté qu'on peut faire une plaie en séton beaucoup plus étendue qu'on ne le croirait, sans pénétrer dans la cavité pleurale. Dans un cas, en particulier, la balle était sortie à 15 centimètres de son orifice d'entrée. Je croyais que j'allais rencontrer là un fait probant, dans lequel la balle avait glissé sur une côte en la contournant, bridée par la peau et la graisse. Mais en incisant le trajet, il était aisé de voir que celui-ci était absolument rectiligne et formait très exactement la corde de l'arc représenté par la surface cutanée unissant l'orifice d'entrée à l'orifice de sortie. Il y a donc là une illusion tenant à ce qu'on ne se rend pas un compte exact de l'épaisseur, chez certains sujets, de la peau doublée de sa graisse et des muscles.

Deuxième expérience. — Si, au lieu d'incliner l'arme tangentiellement sur le thorax, on place le canon perpendiculairement au point frappé, on perfore tout directement, en fracturant au besoin une côte, un cartilage costal, le sternum, etc. Je n'insiste pas, tant le résultat de cette expérience était prévu.

Troisième expérience. — J'ai essayé de tirer entre deux côtes pour que la balle vienne frapper au-dessus de son orifice d'entrée la face interne d'une côte. C'est évidemment là la condition la plus favorable à sa réflexion, suivant la courbe de cette côte. Dans ce cas là encore, j'ai trouvé le trajet suivi par le projectile inflexiblement rectiligne, et cependant la balle n'avait pas eu assez de force pour sortir et s'était logée dans l'épaisseur même de la côte qu'elle avait frappée sur la ligne axillaire. Elle était incrustée dans l'épaisseur de la côte, qu'elle avait pourtant rencontrée dans les conditions les plus favorables pour suivre sa courbure par réflexion.

Quatrième expérience. — Il me restait, pour remplir le programme que je m'étais tracé, à réaliser une expérience dans laquelle le projectile aborderait obliquement la face interne d'un espace intercostal au lieu de la face interne d'une côte, comme dans l'expérience précédente. Dans ces conditions-là, la balle entrée par la partie antérieure, toujours suffisamment large, d'un espace intercostal, s'est frayé un sillon sur la face convexe du poumon et est venue frapper l'espace intercostal situé au-dessous de celui par lequel elle avait pénétré dans la poitrine. Par son incidence oblique sur cet espace, il semblait qu'elle dût se réfléchir en continuant la courbe à concavité interne de l'espace intercostal, d'autant mieux que ce dernier ne présentait pas à ce niveau une largeur suffisante pour se laisser traverser par elle. Malgré cette condition défavorable, le projectile avait fracturé le bord inférieur de la côte la plus élevée et le bord supérieur de la côte située en bas pour venir en ligne droite se loger sous la peau superficiellement. Les côtes n'étaient pas fracturées, il n'y avait qu'une esquille enlevée à chacune d'elles et juste nécessaire pour donner à la balle le libre passage à sa sortie.

---

ces longues navigations à la voile que personne ne connaîtra plus, et la fierté des fonctions de médecin-major que j'allais bientôt remplir sur un aviso d'une station de l'Océan Pacifique.

Cela n'eût pas suffi, sans doute, à faire les joyeux stoïciens que nous étions, si nous ne nous étions créé, dès le départ, une puissante distraction. Tous, amateurs d'échecs — à ce jeu, l'un des nôtres était même d'une rare maîtrise, consacrée par des luttes brillantes au café de la Régence, — nous nous étions constitués en *chass-club*. Le plus clair de notre temps se consacrait autour de l'échiquier. C'était devenu plus qu'un jeu, c'était une étude ardente, passionnée; on approfondissait les parties jouées par les maîtres illustres; on s'extasiait devant leurs coups merveilleux, et je n'oublierai jamais l'enthousiasme que nous inspiraient les luttes de La Bourdonnaye contre Mac Donnell et sa célèbre partie des « trois pions menés à dame » qui le fit vainqueur du tournoi contre le champion anglais.

Les échecs sont un jeu de tout repos pour le voisinage. Mais, nous avions résolu le problème d'en faire une torture pour nos compagnons de voyage. Pendant le jour, nous jouions silencieusement, apprenant la théorie du jeu sous la direction du maître; mais, le soir venu, nous faisions la partie — l'assaut après la leçon. Notre professeur s'installait seul avec un échiquier à l'un des angles du vaste carré où trente passagers se trouvaient réunis; nous, ses adversaires de la soirée, nous occupions le coin opposé, rangés autour d'un autre échiquier. Et, à la volée, nous échangions, d'un bout à l'autre du local, l'annonce des coups joués et les réflexions plus ou moins bruyantes qu'ils motivaient.

Les joueurs de whist qui pontifiaient aux deux extrémités de la longue table, sous la lumière misérable des lampes qui oscillaient, en avaient des distractions et des fureurs amusantes, et, malgré la présence de trois ou quatre dames, ne se retenaient pas toujours de mâchonner un juron quand il leur arrivait de couper une carte maîtresse de leur partenaire en criant : « échec ! » après que nous venions de lancer avec la voix plus haute et plus joyeuse des gens qui croient avoir fait un bon coup, un « Tour prend Dame » quelconque.

II

Comme on le voit, les expériences qui précèdent sont absolument démonstratives.

Il faut absolument rayer des traités de chirurgie la page classique où il est invariablement question des balles qui contournent la paroi thoraciquè pour aller se fixer sous la peau de la région dorsale, quand elles ont pénétré près du sternum. Dans le sixième volume du *Traité de Chirurgie* (page 23), M. Peyrot s'exprime ainsi :

« A l'époque où les fusils lançaient des balles rondes, celles-ci pouvaient, vers la fin de leur course, se laisser arrêter par les parois thoraciques. La résistance d'une côte suffisait à user ce qui leur restait de force vive. C'est avec ces projectiles qu'on pouvait voir ces trajets singuliers dans lesquels le corps vulnérant, glissant entre le squelette et la peau, décrivait des contours plus ou moins étendus autour du thorax...

« Les balles modernes, lorsqu'elles abordent tangentiellement le thorax, donnent naissance à un trajet en séton dans les parties molles; mais dès qu'elles arrivent dans une direction un peu plus rapprochée de la normale, elles pénètrent fatalement. Le squelette n'est pas capable de faire obstacle à leur force de pénétration. *Les balles de revolver se rapprochent seules, au point de vue de leur mode d'action des balles rondes, des anciens fusils.* »

Après les expériences que nous venons de relater, il faut supprimer la dernière phrase qui précède, puisque nous nous sommes servis d'un petit revolver de 7 millimètres.

III

Comme conclusion ferme, nous dirons donc que lorsqu'on voit deux orifices cutanes sur la poitrine, on peut affirmer que le trajet intermédiaire suivi par le corps vulnérant est la ligne droite, c'est-à-dire le plus court chemin qui réunit ces deux orifices. Il faut seulement avoir soin, pour apprécier la pénétration du projectile en dedans des plèvres, de se rappeler que l'épaisseur de la peau et de la graisse peuvent en imposer le trajet sous-cutané, peut-être rectiligne, sans pénétration pleurale, bien que les deux orifices soient à une grande distance l'un de l'autre (15 et 20 centimètres chez les sujets très gras).

Mais en tout état de cause, aussi bien avec les plus petits revolvers qu'avec les balles modernes, le trajet intra-thoracique suit exactement la corde de l'arc formé par la courbe qui réunit à la surface de la peau les deux orifices. Les trajets curvilignes qu'on a décrits, en supposant que la balle pouvait se réfléchir sur la face profonde de la peau ou sur la face concave des côtes, n'existent pas, ou bien peuvent se rencontrer dans des conditions si exceptionnelles qu'on ne peut en tenir aucun compte dans la clinique.

BULLETIN

Il faut bien faire comme tout le monde et parler de l'impôt sur le revenu, qui se discute actuellement à la Chambre.

Les médecins, dans presque tous les organes de la Presse, ont fait entendre, et à juste titre, leurs condoléances; mais, comme toujours, ils ne seront pas écoutés, et si cette nouvelle répartition de l'impôt passe, ils verront encore leurs charges augmenter à un moment où la lutte pour l'existence devient de plus en plus vive pour le malheureux praticien.

Ce soir-là, nous étions à quelques centaines de milles au sud de la Tasmanie. Le vent, violent tout le jour, avait encore forcé et soufflait presque en ouragan. Les passagers les plus intrépides ne s'étaient point senti le courage de monter sur le pont après le dîner. Tout le monde était resté claquemuré dans l'atmosphère épaisse et chaude où les relents d'un déplorable repas se mêlaient affreusement à l'odeur lourde des pipes, à l'âcreté des mèches fumeuses. Vautrés par groupes sur les coussins, on pestait contre les hommes et contre le ciel. Du bourdonnement confus des plaintes maugréées à mi-voix se détachaient parfois quelques-unes de ces imprécations ronflantes ou grasses qui soulagent et sont comme la soupape de sûreté de la colère ou de la souffrance.

Le *chess club* lui-même s'était laissé contagionner par l'ambiante tristesse. J'avais proposé, sans succès, d'ouvrir la partie quotidienne. Les whisteurs faisaient relâche comme nous. Et cela avait quelque chose de funèbre, cette grande pièce très surbaissée ou dans l'illusion produite par toutes les oscillations du vaisseau; on eût dit que les lampes se balançaient comme des pendules, éclairant tour à tour et laissant dans l'ombre chaque moitié du « carré », découvrant et cachant tour à tour, à travers l'épais brouillard du tabac, des faces mornes et des corps affaissés. Et puis, incessamment, la vieille coque du navire gémissait; c'était, à chaque coup de roulis, un long grincement strident et douloureux des membrures et des ponts fatigués qui jouaient; c'était à la fois lugubre et puissant, modulé, presque chanté : on eût dit la plainte d'un géant à l'agonie. Du dehors, les grandes voix de la mer et du vent déchaînées nous arrivaient en un grondement formidable et continu.

Pour secouer l'angoisse dont je me sentais atteint, je me décidai à monter sur le pont. L'obscurité y était absolue, et le vacarme des éléments assourdissant. Il tombait une pluie de déluge, cinglante au visage et glacée. Je devinai, au bruit de ses pas, la présence de l'officier de quart, et je l'abordai. Je fumais une de ces grosses pipes à couvercle, qui étaient à la mode dans la marine, à cette époque. Au bout de quelques instants, une aspiration plus forte en ayant ravivé la lueur, l'officier de quart s'aperçut que je fumais, et, à mon grand étonnement :

Il est, en effet, un fait bien évident, c'est que la patente ne sera pas supprimée, comme le faisait remarquer M. Lereboullet dans la Gazette hebdomadaire, *et si le médecin habite une ville où les centimes additionnels lui imposent chaque année une contribution plus considérable, il restera, de plus, soumis à l'impôt que ne supprime pas le projet de M. le ministre des Finances, c'est-à-dire qu'il aura à payer, outre sa patente, la part contributive revenant aux départements et aux communes.*

Et puis, comme on l'a fait remarquer, comment estimer le revenu dû au travail d'un médecin? On ne pourra consulter ses livres, puisque beaucoup n'en tiennent pas, et si l'on fixe un taux d'après le gain d'une année, on a toutes les chances de se tromper en plus ou en moins dans l'évaluation du revenu de l'année suivante.

Le nouveau projet de loi lèse donc encore une fois de plus cette carrière médicale, dont dimanche dernier notre confrère, M. Viger, ministre de l'Agriculture, a fait un si grand éloge au Centenaire de la Société Médicale de Paris. Pendant son discours, on ne pouvait ne pas penser à cette question palpitante de l'impôt sur le revenu, qui va grever tous les médecins, et de faire cette remarque que, malgré la présence de deux docteurs dans le Gouvernement, nos intérêts n'étaient peut-être pas soutenus comme ils pourraient l'être, malgré l'appui que le corps médical peut donner au Gouvernement, et surtout malgré cette abnégation de soi-même dont fait preuve en toutes les circonstances le médecin appelé auprès d'un malade.

Ainsi va le monde; peut-être un jour comprendra-t-on l'utilité de notre profession? Peut-être comprendra-t-on le travail qu'un docteur est obligé de donner, au prix de sa vie, pour donner à manger à sa femme et à ses enfants, et peut-être alors songera-t-on, sinon à dégrever le médecin, du moins à ne pas lui faire porter des charges plus lourdes que ses autres concitoyens!

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1896

M. Renaut (de Lyon) fait une intéressante communication sur le *traitement de la bronchite diffuse infantile par la balnéation chaude systématique*. Par bronchite diffuse, M. Renaut entend l'inflammation du type catarrhal généralisée à toutes les parties extra-lobulaires de l'arbre bronchique. C'est une affection redoutable parce qu'elle peut revêtir rapidement la forme suffocante, et qu'elle peut conduire à la bronchite capillaire et à la broncho-pneumonie.

Après avoir décrit les signes stéthoscopiques de l'affection et insisté sur la fièvre qui se manifeste surtout par deux poussées, l'une diurne, l'autre nocturne, M. Renaut donne la raison anatomique de la facilité de l'obstruction bronchique chez l'enfant. Les voies bronchiques de l'enfant sont, en effet, tout d'abord très étroites, et, en second lieu, tres riches en glandes et en cellules à mucus. A l'inverse de ce qu'on observe chez l'adulte, où elles sont surtout séreuses; toutes les glandes trachéo-bronchiques du fœtus à terme et la plupart de celles de l'enfant sont mucipares. Sur la muqueuse aérienne, il y a peut-être autant de cellules caliciformes que de cellules à cils verticales. La moindre inflammation catarrhale met toutes les glandes et toutes les cellules mucipares intercalaires aux ciliées en pleine et intense activité. L'expiration, prédominante en force, vide bien davantage les lobules pulmonaires que l'inspiration ne parvient à les remplir. De là aux lésions du vide, à l'exsudation intra-alvéolaire, etc., il n'y a qu'un pas, et il est souvent franchi en un ou deux jours, et quelquefois moins.

Le plus sûr moyen pour éviter cette capillarisation redoutable de la bronchite diffuse, c'est la balnéation chaude

---

« — Éteignez votre pipe, docteur; il vaut mieux ne pas fumer ce soir.

— Et pourquoi donc ce soir plutôt que les autres jours?

— Oh! vous savez, le vent...., les étincelles... »

Je ne pus m'empêcher de rire. Les étincelles!... Tout était ruisselant d'eau! J'en fis l'observation.

« — Certainement, me répondit-il, cela n'a ni importance ni inconvénient. Mais si le commandant remontait, il se fâcherait peut être. Du reste, je puis bien vous dire ce qu'il en est; jurez-moi seulement de ne pas en ouvrir la bouche au « carré » des passagers quand vous y rentrerez. Eh bien, nous avons le feu à bord! »

Dans les conditions de temps et de lieu où nous étions, on ne reçoit pas, tout calme et maître de soi que l'on puisse être, une nouvelle de ce genre sans faire un haut-le-corps.

« — Oui, cela a pris sous le four, dans le faux-pont. Le lit de briques qui le séparait du bois devait être mal fait, trop mince, et comme depuis plus de trois mois il a fallu maintenir le four constamment en marche, les bordés du faux-pont ont pris feu...

— Si ce n'est que cela, on doit en venir bien aisément à bout.

— ... Or, le four se trouve exactement au-dessus de la soute aux voiles; et on ne s'est aperçu de l'incendie que quand les voiles ont commencé à brûler et que la fumée a envahi la cale.

— Alors, c'est sérieux?

— Je le crains. »

A ce moment un timonier vint dire à l'officier de quart que le commandant demandait qu'on envoyât une seconde division de la bordée de quart à l'incendie dans le faux-pont. L'officier vint sur l'avant de la dunette et de sa voix de commandement habituel, sans émotion, sans hâte, tranquillement comme s'il commandait un virement de bord par beau temps, il cria :

« — La seconde division de quart aux ordres du commandant dans le faux-pont! »

Le maître répéta l'ordre au sifflet d'abord, puis à la voix. Un bruit d'hommes qui se déplacent, de pas lourds qui descendent les échelles, dura quelques secondes, et ce fut tout.

systématique. M. Renaut expérimente cette méthode depuis dix ans; ses observations portent sur plus de cent cas; il n'a pas vu une seule bronchite infantile diffuse et fébrile, ainsi traitée dès le second jour de fièvre, passer à l'état de bronchite capillaire.

L'indication de la balnéation chaude systématique est fournie par la constatation des signes physiques et d'une fièvre atteignant ou dépassant 39°. On procède exactement comme dans la méthode de Brand. Toutes les trois heures, nuit et jour, on prend la température rectale. Si 39° est atteint ou dépassé, on donne à l'enfant un bain à 38°, et on l'y laisse de sept à huit minutes. Plus ou moins rapidement, la fièvre tombe et la bronchite s'efface.

M. Renaut emploie, à titre d'adjuvant, la quinine, qui n'abaisse pas la température, mais tonifie l'organisme, spécialement le cœur, et stérilise le terrain sur lequel évoluent les bactéries pathogènes.

L'ipéca n'est utile que dans quelques cas particuliers; la teinture d'iode et les vésicatoires ne doivent pas être employés; il en est de même de l'antipyrine et de tous les autres antithermiques analogues, qui sidèrent le système nerveux et affaiblissent le cœur, alors que c'est par eux que s'opère la résistance de l'organisme.

Ce n'est pas seulement dans le traitement de la bronchite diffuse que la balnéation chaude est efficace, mais aussi dans la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie. La température des bains doit varier de 30° à 35°; il faut « poursuivre la fièvre » et l'empêcher de produire ses pleins effets de thermogénèse. Bien que cette méthode, appliquée à la bronchite diffuse devenue déjà capillaire, ne guérisse pas les petits malades, à coup sûr, elle constitue néanmoins la plus puissante thérapeutique contre cette grave affection.

— M. Le Dentu reprend ensuite la question de l'appendicite, soulevée par M. Dieulafoy dans la dernière séance. Voici, résumées, les conclusions de cette intéressante communication :

Un très grand nombre d'appendicites doivent être traitées chirurgicalement, mais il y en a quelques-unes qui guérissent par les moyens médicaux : ce sont celles qui, à aucun moment de leur évolution, ne provoquent des accidents de péritonite ou de septicémie péritonéale inquiétante.

Certaines appendicites marchent régulièrement vers la constitution d'un abcès. L'intervention très précoce n'est pas alors sans danger, car elle peut disperser les agents d'infection concentrés tout d'abord dans un point limité.

L'intervention est opportune et nécessaire dès que l'on présume que le foyer est constitué. Elle varie dans sa technique, suivant la situation de ce foyer. Dans toutes les circonstances suivantes, l'intervention doit être aussi hâtive que possible :

1° Lorsque la maladie prend d'emblée les allures d'une péritonite générale ou que, dans le cours de l'appendicite, les signes de l'extension au péritoine entier se manifestent. Il ne faut pas confondre ces cas avec ceux où un simple ballonnement, accompagné d'une certaine sensibilité à distance, révèlent seulement du péritonisme, de l'irritation péritonéale, sans péritonite septique proprement dite ;

2° Lorsque la dépression est manifeste : absence de douleurs spontanées, température normale ou peu s'en faut, avec un pouls trop fréquent et petit, défaut de sécrétion urinaire, ventre non ballonné et rétracté par la contracture, facies grippé et parfois à peine modifié, teint plus ou moins bistré, coloration bleuâtre des extrémités et spécialement des ongles, voix affaiblie, respiration un peu accélérée sans angoisse proprement dite.

Il y a danger à s'abstenir de toute intervention lorsque les accidents se sont manifestés plus d'une fois. Comme l'intervention dans l'intervalle des crises, à froid, donne d'excellents résultats, le traitement fondamental de l'appendicite doit être de prévenir les accidents ultérieurs. Si l'on n'a pas la main forcée par le rapprochement des crises, le mieux, d'après Roux (de Lausanne), serait d'attendre cinq ou six semaines en moyenne; à cette date, les exsudats constituant les adhérences ont généralement disparu et l'opération devient d'une simplicité extrême. Le succès est assuré et les malades sont débarrassés à jamais d'une menace qui ne se réalise que trop souvent.

— MM. Linossier et Lannois, qui ont déjà étudié l'absorption du gaïacol par la peau, communiquent aujourd'hui de nouvelles expériences ayant trait à l'absorption du salicylate de méthyle. Cette substance, qui se transforme dans le sang en salicylate de soude, possède vis-à-vis du rhumatisme articulaire aigu toutes les propriétés de ce dernier

---

« — Ça ne s'arrange donc pas, en bas? fis-je.

— Il faut croire. »

Nous fîmes quelques pas en silence, puis le timonier reparut sur la dunette, il s'approcha de la cloche, piqua deux coups double, — il était neuf heures — et cria : « Au loch ! »

Le maître donna un coup de sifflet, appela : « La huitième série au loch ! » Le timonier, son sablier à la main, fila le loch, compta les nœuds, commanda « stop » quand les trente secondes furent écoulées et vint annoncer à l'officier : « Capitaine, nous filons treize nœuds. »

— Merci, mon fils. »

J'avoue que ce calme, cet ordre, cette absence de toute émotion apparente, au milieu du danger peut-être irrémissible que nous courions, m'impressionnèrent au delà de ce que je puis dire. Et ce n'était pas de ces impressions qui rassurent. Du danger lui-même rien ne paraissait. La fumée, dans cette nuit profonde, ne se voyait pas ; le vent emportait au loin toute odeur de roussi. L'orchestre de la tempête couvrait les bruits intérieurs. Et l'ennemi terrible n'en semblait que plus redoutable, en ce mystère de son action. Et le sang-froid et le silence de tous semblait comme la concentration de désespoir des forts qui se savent réduits à l'impuissance.

Je redescendis. Dans la batterie on se rendait mieux compte des choses. Dans les deux longues cages, les quatre cents forçats étaient debout sur deux rangs, tête nue, se penchant tous ensemble en avant ou en arrière, au gré des roulis. Dans le couloir central, des soldats, baïonnette au canon, des surveillants, revolver au poing, étaient prêts à faire feu sur ceux qui broncheraient. Le long des échelles, on voyait s'allonger les longs tuyaux de cuir des pompes, les hommes courir avec des sceaux; le tout à peine éclairé par quelques fanaux de combat.

Au carré, où je rentrais, rien n'était changé. Personne ne se doutait de rien. Mes amis s'étaient décidés à ouvrir l'échiquier, et je les trouvais qui avaient commencé une partie. Je m'assis près d'eux et repris, comme d'habitude, mes fonctions de secrétaire du *chess-club*. Moins ardent que les autres, pour un jeu qui exige de véritables efforts d'attention, et moins bon stratégiste qu'eux, j'avais accepté d'écrire les parties, ce qui permettait de les reprendre en-

médicament. Dans l'urine d'un malade, sur la peau duquel on a appliqué 4 grammes de salicylate de méthyle, vingt-quatre heures auparavant, on peut retrouver jusqu'à 1gr3 d'acide salicylique. Une autre partie de la substance s'élimine par les matières fécales.

Ces applications cutanées se font suivant la technique des badigeonnages de gaïacol. Leurs indications sont celles du salicylate de soude ; mais il faut remarquer qu'elles présentent un très grand avantage, celui de ne pas fatiguer les voies digestives des malades, et, en outre, elles constituent un traitement local applicable au niveau des articulations atteintes.

— M. Lancereaux lit ensuite un rapport sur le travail de M. Lemaistre, de Limoges, ayant trait à l'*influence des poussières des fabriques de porcelaine* sur la santé des ouvriers. Enfin, M. Mossé, de Toulouse, présente un travail sur la mortalité, la natalité et l'immigration dans cette ville.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1896

Pathogénie, diagnostic et traitement de la pyélonéphrite.

M. Bazy, revenant sur la communication faite par M. Routier dans l'avant-dernière séance, montre que la pathogénie des pyélonéphrites s'est éclairée singulièrement dans ces dernières années, grâce aux données de la clinique et de l'expérimentation. On admet généralement que la pyélonéphrite, consécutive à une affection de l'urètre et du rein, est due à une infection ascendante, de la vessie à l'uretère et au bassinet. D'après les expériences de Servet et Goldsmith, on sait que le liquide contenu dans la vessie peut, chez le lapin, refluer dans l'uretère, et M. Bazy a vérifié le fait dans des expériences personnelles. Mais en est-il de même pour l'homme? Cela n'est nullement démontré et, pour l'orateur, la théorie de l'infection rénale par la voie sanguine est seule capable de fournir une interprétation satisfaisante de tous les faits analogues. Il suffira souvent d'une courbure ou d'une compression de l'uretère pour provoquer une stagnation et, par suite, une pullulation des microbes dans le rein, où alors l'existence de calculs favorisera la fixation des micro organismes dans cet organe. M. Bazy considère le fait comme évident chez l'homme, et cependant, dans des expériences qu'il a faites à ce sujet, avec la collaboration de M. Cazin, il n'a jamais pu déterminer d'accidents pyogènes infectieux, après avoir, chez des chiens ou des lapins, placé des corps étrangers dans le bassinet.

M. Bazy considère le diagnostic de la pyélonéphrite comme devant être faiblement fait dans la plupart des cas. Quant au traitement, les soins purement médicaux peuvent suffire, dans quelques cas exceptionnels, à obtenir la guérison, et M. Bazy en cite deux exemples très nets, observés par lui chez des vieillards de soixante-dix-neuf et soixante-seize ans. La néphrotomie est l'opération que l'on pratiquera le plus ordinairement et, quand l'uretère n'est plus perméable, la néphrectomie secondaire devient nécessaire.

M. Routier a fait une néphrotomie sans cependant rien trouver dans le rein, chez un vieux prostatique, atteint de pyélonéphrite intermittente, et le malade n'a plus eu, depuis, la moindre décharge purulente.

Nouveau procédé d'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale.

M. Gaudier (de Lille) a adressé à la Société, sous ce titre, un mémoire au sujet duquel M. Quénu présente aujourd'hui un rapport, dans lequel il discute d'abord les conditions de l'explorabilité des cancers du rectum. Le procédé de M. Gaudier consiste à sectionner le gros intestin par la laparotomie, puis à ouvrir le cul-de-sac recto-vésical et libérer par en haut le rectum; ceci fait, on met le sujet dans la position de la taille, on circonscrit l'anus par une des cordes circulaires, on achève de libérer le rectum, et on l'extirpe en totalité par la plaie périnéale, qui est ensuite entièrement réunie, tandis qu'on établit un anus artificiel aux dépens du bout supérieur de la section de l'intestin faite par laparotomie. M. Gaudier n'a appliqué qu'une fois son procédé sur le vivant, son opéré est mort le cinquième jour. Le rapporteur n'en pense pas moins que l'idée de l'auteur est très rationnelle, mais il propose de substituer la voie sacro-abdominale à la voie abdomino-périnéale de M. Gaudier, en libérant le rectum par la voie sacrée, et en terminant l'opération par la voie abdominale.

---

suite, de discuter les coup douteux, d'en faire la critique. J'avais ainsi tout le plaisir du jeu sans en avoir la fatigue.

Dans le silence qui s'était fait peu à peu et que ne troublaient guère que les ronflements espacés des dormeurs, nous percevions vaguement les bruits lointains qui venaient du faux-pont. C'était des coups sourds et précipités comme de plusieurs cognées frappant le bois, et un rythme bien accentué de chocs plus puissants, mais plus étouffés encore.

« — Qu'est-ce qu'on fait donc en bas, me demanda-t-on ? On dirait qu'on enfonce des portes. Il se passe sûrement quelque chose d'insolite. Je vais voir.

— Non, ne bouge pas, fis-je à voix basse. Aussi bien tu ne passerais pas, on a mis des factionnaires aux panneaux. J'avais promis de ne rien dire, mais il faudra bien qu'on le sache tôt ou tard, et pour nous seuls, je vais vous mettre au courant. Le four a mis le feu dans la soute à voile; vous entendez le bruit des pompes à incendie et les coups de hache dans le faux-pont qu'on saborde pour pouvoir noyer les toiles et limiter le feu. »

Il y eut un silence.

« — N'ayons toujours pas l'air de cesser de jouer... « Fou, quatrième Dame », ajoutai-je à haute voix.

— Et si on ne gagne pas le feu ?...

— Avec le temps qu'il fait, il n'y a ni canots, ni radeaux qui puissent tenir ; il n'y a pas de doute là-dessus. Annonçons un coup.

— « Pion prend Dame ».

Et de nouveau, à voix basse :

« — Le plus doux, si le bateau doit y rester, ce sera de se laisser noyer de suite. Par un pareil froid et une mer pareille, ce ne sera pas long.

— Et ce sera moins terrible que d'assister à la panique de la fin.

— « Tour, troisième Cavalier, Roi, échec ».

— « Fou prends Tour ».

Et la partie continua ainsi, émaillée à voix lasse de réflexions macabres entre les annonces à voix haute de coups qui manquaient d'habileté. Cela dura plus d'une heure.

La certitude que nous avions d'un péril qui est le plus affreux de tous à bord, et l'ignorance où nous étions des

M. Nélaton fait observer qu'il a employé sur le cadavre, il y a quelques années, le procédé qu'on vient de décrire, mais qu'il ne l'a pas jugé applicable au vivant.

Présentation de pièces.

M. Chaput présente des pièces de gastro-entérostomie pratiquée à l'aide de son bouton métallique, et M. Rigal montre deux calculs enlevés par la taille hypogastrique

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars 1896

De la communication présentée par M. Hayem, dans la dernière séance, sur un cas de mort subite dans la chlorose, il faut rapprocher celle que fait aujourd'hui M. L. Guinon sur *la thrombose chez les chlorotiques*. Ce n'est point là une complication aussi rare qu'on le pense, et l'on en a déjà rapporté d'assez nombreux exemples. M. Guinon en a, pour sa part, observé trois cas. Une de ses malades succomba à une embolie pulmonaire qui fut l'origine d'une thrombose énorme généralisée à toute l'artère; les deux autres guérirent, mais l'une d'elles conserva cependant des varices et une névralgie sciatique très tenace.

M. Guinon pense que la thrombose chlorotique est due à une infection; chez deux de ses malades, l'existence de la fièvre le démontrait nettement. M. Rendu admet, lui aussi, cette pathogénie; la thrombose des chlorotiques est de nature infectieuse, comme toutes les autres.

— Certains auteurs admettent qu'il existe une étroite relation entre le streptocoque et l'agent spécifique de la scarlatine. Aussi, M. Lemoine (Val-de-Grâce), a-t-il pensé qu'il serait intéressant de rechercher le streptocoque chez des malades atteints de scarlatine; il a étudié à ce point de vue le sang, le liquide pleural, le liquide articulaire, enfin l'urine de scarlatineux présentant ou non de l'albuminurie.

M. Lemoine a fait 52 prises de sang chez 35 scarlatineux.

Le sang de ces 35 malades a été prélevé dès le début des accidents. Dix-sept fois on a renouvelé la prise du sang chez un certain nombre de ces mêmes malades à diverses périodes de l'évolution de la maladie.

Chez 5 malades, on a pris du sang alors que toute trace d'éruption avait disparu.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Le sang des 33 scarlatineux au début de l'éruption *n'a donné aucune culture*.

Il en a été de même pour les autres prises faites soit au cours de l'affection, soit après la disparition de l'exanthème.

Dans 2 cas seulement, on a obtenu une culture pure de streptocoque, il s'agissait alors de deux malades présentant *de larges suffusions sanguines* et la prise avait été faite au niveau *des plaques hémorragiques*. Ces streptocoques, comme dans les recherches de d'Espine et de Marignac, coagulaient le lait et ont présenté des cultures apparentes sur pommes de terre.

Ces résultats semblent de nature à confirmer les interprétations déjà données sur la présence du streptocoque dans le sang des scarlatineux. Son existence y est, en effet, un fait accidentel lié aux complications de cette affection. A ce titre, la forme hémorragique de la scarlatine paraît devoir être considérée et comme le résultat du passage du streptocoque dans le sang, et comme l'expression d'une infection secondaire entraînant une infection d'emblée de tout l'organisme.

Dans 2 cas de pleurésie survenue au cours de la scarlatine, l'une séro fibrineuse, l'autre d'abord légérement louche et qui devint purulente par la suite, M. Lemoine a trouvé du streptocoque pur; le sang des malades ne contenait cependant aucun microbe.

Dans 2 cas d'arthrite du genou, l'examen bactériologique révéla la présence du streptocoque dans l'un d'eux.

Enfin, dans 22 urines albumineuses, 22 fois M. Lemoine trouva le streptocoque, tandis qu'il ne le rencontra qu'une qu'une fois sur 11 urines normales de scarlatineux.

De ces faits, M. Lemoine tire ces conclusions :

1° Que dans la scarlatine, *les complications rénales sont d'ordre secondaire*, et sont le résultat *d'une infection streptococcienne;*

2° Que cette infection streptococcienne du filtre rénal est le résultat le plus souvent d'une virulence spéciale du streptocoque développé au niveau du pharynx;

3° Qu'à ce titre, ces complications peuvent devenir le point de départ *d'accidents de même nature pouvant se pro-*

---

péripéties de la lutte engagée contre le fléau, nous avaient amenés à un point d'énervement que l'on comprendra. Et parmi nos craintes, une préoccupation dominait tout le reste. Nous nous surprîmes à pâlir, quand l'un de nous dit ceci :

« — Pourvu qu'aucun des autres passagers n'ait l'idée de sortir du carré pour aller se coucher et rejoindre sa cabine. »

Nous sentions que ç'eût été le signal de la débâcle, de la déroute et peut-être de la catastrophe.

Il n'en fut rien, grâce à Dieu. Et, au moment où nous étions à bout d'anxiété et de résistance passive, la porte du carré s'ouvrit brusquement; un timonier, debout, correct, le bonnet de travail a la main, prononça :

« — Messieurs, le commandant vous fait prévenir que le feu est éteint. »

C'est alors que le tableau fut indescriptible. Ces hommes, ces femmes qui ne s'étaient douté de rien, furent pris d'une folle terreur; ce furent des cris, des larmes, ces évanouissements. Nous eûmes mille peines à calmer et à rassurer ce monde.

. . . .

Le lendemain, en repassant notre partie de la veille, nous éclatâmes de rire en voyant la naïveté et la faiblesse des coups joués. Les Fous avaient emprunté la marche des Cavaliers, les Tours avaient pris les diagonales comme les Fous. On décréta que c'était moi qui, dans mon trouble, avait fait des erreurs d'inscription.

Je laissais dire et pensais que je m'étais pas trop mal comporté, pour un simple médecin que j'étais. Et aujourd'hui, après tant d'années enfuies, je songe que je n'aimerais pas à revivre ces quelques heures de ma jeunesse.

***

L'Abyssinie et la Croix-Rouge. — Une dépêche de Berne au *New York Herald* dit que le représentant du Négus en Europe, l'ingénieur Ilg, a sollicité l'admission de l'Abyssinie au nombre des puissances signataires de la Convention de Genève. Le Comité central de la Croix-Rouge, siégeant à Genève, doit statuer incessamment sur cette demande.

pager par voie de contagion, et qu'elles peuvent être rapprochées avec vraisemblance des accidents analogues survenant du côté du poumon dans le cours de la rougeole.

Dans la scarlatine, deux infections différentes coexistent donc simultanément, ayant toutes deux pour siége de prédilection la cavité bucco-pharyngienne :

1° Infection spécifique, dont l'agent microbien est inconnu, mais dont on peut apprécier la nature spéciale par ses propriétés contagieuses, spécifiques, démontrées par la clinique et l'observation des faits épidémiologiques;

2° Infection secondaire d'origine streptococcique, qui commande les accidents secondaires de la scarlatine et qui, apres s'être localisée dans la cavité bucco-pharyngienne, peut envahir la peau (scarlatine hémorragique), les séreuses (pleurésie, arthrite) et les reins (néphrite).

Les recherches de M. WIDAL et celles de M. NETTER les conduisent à adopter entièrement les conclusions de M. Lemoine. M. RENDU fait toutefois observer qu'il faut se garder d'attribuer au streptocoque ce qui est dû, en réalité, à la scarlatine même; pour ce qui est de l'albuminurie, en particulier, sa fréquence considérable dans la scarlatine et, par contre, sa rareté dans certaines affections à streptocoques, telles par exemple que certains abcès amygdaliens ou certains phlegmons péri-pharyngiens, indiquent bien que la cause doit en être cherchée dans la scarlatine même; peut-être est-elle la conséquence de l'action du poison scarlatineux sur le rein.

— A la fin de la séance, M. CATRIN rapporte un fait d'*ostéo-périostites multiples*, survenues dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave. Le médius, le cubitus, la clavicule du côté droit, les deux tibias, le temporal gauche furent atteints. Seule, la tumeur du tibia gauche suppura. Le pus contenait, à l'état pur, le bacille d'Eberth.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

L'existence de la *fièvre traumatique aseptique*, contestée par Weber, Bergmann, Verneuil, pour lesquels elle n'est qu'un degré alterné de fièvre septicémique, est admise aujourd'hui par tous les chirurgiens. Il est bien prouvé qu'une lésion traumatique, sans solution de continuité des téguments, peut indiquer des élévations de température, de durée et d'intensité variables.

M. L. PILLON a repris expérimentalement l'étude de ce sujet intéressant. Il a fait à des lapins et à des cobayes des traumatismes variés : contusions, fractures, sections sous-cutanées d'un vaisseau, etc. Chaque fois il a pratiqué l'examen bactériologique du sang de la circulation générale et des liquides du foyer traumatique; les températures ont été prises dans le rectum, en évitant autant que possible les causes d'erreur.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Pour des traumatismes égaux en intensité et intéressant des régions identiques, le degré de l'hyperthermie varie d'un animal à l'autre de la même espèce ;

Il n'est pas toujours dans un rapport direct avec l'étendue des tissus lésés, avec le nombre des éléments anatomiques troublés dans leur vitalité;

Il ne dépend pas toujours du volume de l'épanchement sanguin ;

De tous les traumatismes, les fractures sous-cutanées semblent être ceux qui engendrent le plus constamment la fièvre ;

L'âge de l'animal, son sexe, le volume de l'os, le siége de la fracture (diaphysaire, épiphysaire, articulaire), n'ont pas d'influence absolue sur l'élévation de la température ;

Les épanchements sanguins intra-péritonéaux aseptiques peuvent donner lieu à une hyperthermie de 1 degré environ, pendant vingt-quatre heures, chez le cobaye.

Les conditions qui semblent intervenir dans la genèse de l'hyperthermie et modifier sa durée et son intensité, sont les suivantes :

1° Le pouvoir d'absorption variable de chaque tissu et, pour un même tissu, avec la région vulnérée de l'organisme ;

2° La composition des liquides du foyer traumatique; celle des produits sécrétés par les éléments cellulaires troublés dans leur vitalité ou résultant de leur nécrobiose;

3° Le degré d'irritation des tissus lésés, l'intensité de la réaction locale : diapédèse, phagocitose, etc.

S'appuyant sur deux faits observés chez l'homme, M. Pillon pense que les cellules migratrices peuvent jouer un rôle dans la production de la fièvre aseptique. Les liquides épanchés dans le foyer traumatique, dit-il, ne seraient-ils pas, dans certains cas, doués d'un pouvoir chimio-toxique nettement positif, et les globules blancs attirés en masse ne seraient-ils point capables de sécréter des produits pyrétogènes susceptibles d'engendrer la fièvre traumatique aseptique ?

— M. SADOVEAU (de Bucarest) a observé un cas intéressant d'intoxication par la strychnine. Le malade avait absorbé 60 centigrammes du poison. Des injections hypodermiques de curare amenèrent la guérison ; M. Sadoveau ne craignit pas d'injecter 25 centigrammes en une fois de la solution à 5 centigrammes par gramme d'eau.

— M. S. BERNHEIM a fait une intéressante communication sur l'immunisation et la sérothérapie tuberculeuse. Il se sert, pour pratiquer l'immunisation, de toxines sécrétées naturellement et provenant de bacilles de Koch humains, très virulents. Ces bacillons sont passés avec de grandes mesures d'asepsie au filtre de Kitasato et injectés pendant cinq ou six mois, à des doses variables suivant la taille et la susceptibilité, aux animaux que l'on veut rendre réfractaires. Les expériences de M. Bernheim démontrent qu'il est possible d'immuniser les animaux contre la tuberculose. L'injection de sérum survenant d'animaux immunisés est inoffensive, lorsque l'opération est pratiquée avec asepsie sur un autre animal. Chez l'homme, où M. Bernheim a pratiqué un grand nombre d'injections, il n'a observé que les accidents communs à toute inoculation de sérum : prurit, érythème, poussée d'urticaire, ou éruption polymorphe.

Voici comment l'auteur applique la sérothérapie aux phtisiques : apres avoir interdit au malade tout médicament, et quelques jours après toute absorption de médicament, il inocule 3 centigrammes de sérum dans la région scapulaire, tous les deux jours. Ces inoculations sont prolongées pendant trois ou quatre mois sans aucun inconvénient, quand elles sont pratiqués avec asepsie. Après cinquante ou soixante inoculations, qui procurent presque toujours une amélioration telle qu'on peut prononcer de *trêve tuberculeuse*, on soumet le malade à une cure d'air en pleine campagne ou dans un sanatorium, pour maintenir cette amélioration et mettre l'organisme dans de bonnes conditions de résistance.

— MM. D'ARSONVAL et CHARRIN ont étudié la *topographie calorifique chez les animaux fébricitants*. Ils ont constaté que la fièvre exagère considérablement les différences de

température constatées à l'état normal entre les différents organes, mais n'en modifie pas le sens, conformément à l'opinion de Cl. Bernard.

Ces expériences mettent une fois de plus en lumière le rôle physiologique considérable dévolu au foie, tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie. Les auteurs insistent sur l'élévation de température que l'on constate dans la rate et la moelle osseuse.

— M. G. Durante a eu occasion d'observer des *lésion du thymus* chez des enfants nouveau-nés. Dans deux de ses observations, le thymus est énorme, puisque son poids dépasse 20 grammes, le poids normal étant de 2 à 8 grammes, d'après Sappey. Le travail aurait duré vingt-six heures dans un de ces cas, et il serait possible de lui attribuer la genèse des foyers apoplectiques qui ont été trouvés.

Le traumatisme de l'accouchement ne peut guère être invoqué pour l'observation II, dans laquelle l'enfant vécut trois jours; de plus, la glande renfermait des foyers hémorragiques à la fois récents et anciens. La mort était survenue sans lésion apparente.

Dans la troisième observation, l'enfant vécut vingt-sept jours et parut succomber à des troubles gastro-intestinaux, qui évoluèrent avec une allure un peu spéciale. On trouva une véritable sclérose du thymus.

Le rôle du thymus est encore absolument inconnu; mais la suppression de la sécrétion interne de cette glande a peut-être une importance dans l'assimilation des aliments. Friedleben ayant extirpé à un chien la rate et le thymus vit l'animal mourir d'épuisement en trois mois et demi, quoiqu'il ait conservé un appétit très vorace.

F. Weber est à peu près le seul auteur qui se soit occupé des altérations du thymus chez le nouveau-né. Il a décrit des foyers hémorragiques qu'il regarde comme des lésions miconiques banales dues à l'accouchement.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 mars 1896

Application des rayons X au diagnostic des maladies chirurgicales.

M. Lannelongue. — Dans les deux circonstances suivantes, les rayons X ont rendu un véritable service en changeant en certitude un diagnostic extrêmement probable. Le premier cas a trait à une femme ayant dépassé cinquante-cinq ans et portant, selon toutes les apparences, un corps étranger enclavé entre les surfaces articulaires du genou droit. Ce corps n'avait jamais été perçu, malgré de nombreux examens faits par M. Bourcy, médecin des hôpitaux, et en dernier lieu par moi en sa présence. Ce corps étranger empêchait absolument l'extension de la jambe sur la cuisse, il donnait lieu à des douleurs spéciales et devait être de nature ostéo-cartilagineuse, comme le sont ces productions dans l'arthrite dite sèche. La malade était d'ailleurs atteinte depuis longtemps de cette maladie. Elle fut soumise aux rayons de Röntgen pendant une heure et demie. L'épreuve photographique a été mauvaise; néanmoins, on a pu constater dans l'espace clair placé entre le fémur et le tibia, presque au centre de cet espace, en allant d'avant en arrière, un corps opaque, à contours mal limités, plus noir au centre qu'à la périphérie, assez volumineux. C'est le corps étranger soupçonné osseux au centre, et probablement cartilagineux à la périphérie.

Dans le second exemple, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, qui ressentit brusquement, il y a six ans, en jouant du piano, une douleur à la partie supérieure de l'avant-bras droit. Cette douleur ne tarda pas à diminuer; des massages furent faits sur le bras malade et semblèrent procurer quelque soulagement. Mais quelques mois plus tard, la douleur augmenta d'intensité et les muscles du membre s'atrophièrent. Il en résulta une impotence très prononcée de ce membre, impotence qui a diminué un peu au bout d'un ou deux ans, malgré la persistance de la douleur et de l'atrophie. Il existe une zone très douloureuse au niveau de la tête du radius, sur la face postéro-externe de l'avant-bras. Cette zone, large comme une pièce de deux francs environ, se prolonge par une ligne verticale qui descend le long du radius, dans l'étendue de quelques centimètres, et le long de laquelle la pression provoque une vive douleur. Dans toute l'étendue de la zone hyperesthésique, la pression, même légère et superficielle, est difficilement supportée par la malade. Les mouvements de pronation et de supination sont particulièrement douloureux, et la malade ne les exécute qu'avec ménagements. Mais, si l'on fait jouer l'articulation radio-cubitale supérieure, on ne sent ni craquements, ni obstacle. C'est surtout dans la supination un peu prolongée que la douleur se manifeste. D'ailleurs, tout le membre se fatigue promptement dès qu'il cesse d'être soutenu ou que la malade essaie de porter dans la main droite un objet léger; la douleur se réveille aussitôt sous l'influence de la fatigue.

L'atrophie musculaire occupe surtout le deltoïde, le grand pectoral, les muscles extenseurs de l'avant-bras, l'éminence thénar et les interosseux.

L'exploration de l'avant-bras ne révèle aucune altération appréciable du squelette ni des parties molles.

Cette jeune fille a eu un très grand nombre d'avis différents; on lui a parlé, entre autres choses, de la présence d'une exostose nécessitant une opération. Je n'ai rien découvert qui puisse autoriser un pareil diagnostic, et les phénomènes ressentis par la malade se rapportent, d'après moi, à l'hystérie. Il y a chez elle, en un mot, des troubles douloureux et atrophiques produits par un traumatisme chez une hystérique.

Elle vient se soumettre aux rayons de Röntgen pour avoir la certitude que son squelette n'a rien, car elle en est très troublée.

De ce côté, c'est une cure morale à faire.

Elle a été soumise à l'action de ces rayons pendant une heure et quart. L'épreuve photographique, sans être très bonne, montre très manifestement l'intégrité des os, les extrémités supérieures du radius et du cubitus sont normales, l'interligne articulaire n'offre aucune particularité.

Cette jeune fille nous quitte absolument rassurée.

— Dans la même séance, M. le professeur Guyon a fait connaître, de la part de M. Delbet, chirurgien des hôpitaux, trois cas chirurgicaux dans lesquels les rayons X ont permis un diagnostic précis. Ces trois cas peuvent se résumer ainsi :

1° Constatation, dans la main d'une femme, de la présence d'une balle de révolver reçue dix ans auparavant et qui ne pouvait être reconnue à la palpation;

2° Fracture de jambe non consolidée avec fracture double du péroné, chez une femme dont la jambe était très grosse, très volumineuse. Malgré cette circonstance défavorable, la photographie a parfaitement rendu compte des lésions profondes;

3° Constatation, dans un fait de résection du coude, d'un rapport assez singulier des surfaces osseuses (humérus porté en dehors).

Le Centenaire de la Société de Médecine de Paris

1796-1896

Samedi dernier, 21 mars, ont commencé les réceptions et fêtes destinées à célébrer le centenaire de Société de Médecine de Paris, fondée le 4 germinal an IV.

La première journée a eu lieu au palais des Sociétés Savantes, et, dans cette séance, plusieurs discours remarquables ont été prononcés.

Tout d'abord, le président Ladreit de la Charrière a pris la parole et l'a donnée ensuite à M. Motet, qui a fait un superbe éloge de ce grand homme qui a nom Duchenne, de Boulogne. Enfin l'un des doyens de la Société, M. Duroziez, bien connu de tout ce qui travaille la médecine à Paris, a fait l'historique de cette Compagnie en des termes qui ne peuvent être appréciés qu'en les lisant; voici donc un passage de son discours :

« La Société de Médecine de Paris, nous dit-il, fille robuste de la Science et de la Révolution, née le 4 germinal an IV (22 mars 1796), célèbre son Centenaire. Il est difficile, pour une Société, d'aller jusqu'à cent ans. Quelques-unes se hâtent de fêter la cinquantaine. Comme les individus, elles ont des maladies qui les affaiblissent ou les tuent. La politique est une cause de maladie; il en est d'autres. De nouveaux groupements se font. Les journaux, plus nombreux, remplaçant la tribune, on écrit plus, on parle moins. Dans la société, la parole a des hasards; l'objection se dresse immédiate. Dans le livre, on est plus à l'aise. « Ceci tuera cela », dit Victor Hugo... Le livre est la momie de la pensée. Momie précieuse, adorable, sacrée dans ses parfums, ses riches bandelettes, ses joyaux, sa vitrine; ce n'est que la momie. La parole seule, aidée du geste, du regard, du frisson, représente l'Idée; elle vit comme Idée, elle jette les émotions. Ailée, elle vole, fait vibrer, électrise. Ecoutons Homère chanter l'*Iliade* à Chios; que la plus belle édition est froide ! Bossuet, in-8°, est-il le foudre d'éloquence de la chair? Le livre est une énigme que chacun explique à sa guise, dont l'auteur et le temps ont gardé le secret. La vie ne s'enregistre pas dans un tracé. La parole, c'est la vie, c'est l'homme. Le livre ne vit pas, non plus que le phonographe. La société vit. »

Samedi, soir il y a eu une grande réception chez le président, et dimanche un banquet au restaurant Cubat.

Assistaient au banquet : M. le Dr Viger, ministre de l'Agriculture; MM. Brouardel, Monod, Poubelle, Cornil, Richelot, Chautemps, Labbé, Dujardin-Beaumetz, inspecteur général du service de santé des armées, J. Robin, Landouzy. J'en passe, et des meilleurs...

Au dessert, de nombreux toast ont été portés; sans les citer tous, signalons pourtant la curieuse conversation de M. le ministre de l'Agriculture, notre confrère, qui, en ces termes, a parlé du beau rôle de nos confrères de l'armée pendant l'expédition de Madagascar.

« Un de mes amis, a dit le ministre, a fait toute la campagne de Madagascar comme correspondant d'un journal français. Nous sommes aux antipodes, lui et moi, au point de vue politique, mais ça n'enlève rien à notre vieille amitié, et je sais que je puis avoir toute confiance dans ses appréciations. Or, il me disait dernièrement ceci :

« Dans cette campagne de Madagascar, tout le monde a « fait son devoir, mais j'ai été frappé tout particulièrement « de l'héroïsme des sœurs de charité, des marins, et, plus « encore, des médecins militaires.

« Après avoir fait l'impossible pour arracher nos soldats « à la mort, après les avoir soignés comme une mère soigne « son enfant, j'ai vu, maintes fois, nos médecins militaires, « quand tout leur art, tout leur dévonement étaient res« tés inutiles, ensevelir eux-mêmes nos pauvres soldats, « qui, sans eux, auraient risqué, parfois, de manquer de « sépulture. Ils ont été sublimes de dévouement. Il n'y a « pas d'autre expression. »

Mais le gros succès était réservé aux étrangers : le délégué de Londres, le Dr Ogilvie, avec beaucoup d'humour, a commencé par déclarer qu'il n'était pas Anglais en affirmant son origine écossaise, seul pays de l'Europe qui n'a jamais lutté contre la France. Ceci ne pouvait avoir que beaucoup de succès; il a été encore plus grand quand, évoquant la figure de Marie Stuart, le Dr Ogilvie a rappelé ce nom « qui résonne avec une égale suavité aux oreilles françaises et écossaises ».

M. Markeviez-Jodko, représentant de la Russie, a bu à France, et alors acclamations sur acclamations! Enfin, un médecin danois, le Dr Edwards Ehlers, de Copenhague, n'a pas hésité à mettre la question des étudiants étrangers sur le tapis. Notre aimable doyen, M. Brouardel, ne pouvait que répondre. Il l'a fait d'une façon charmante :

« L'Ecole manque de place. Nous avons, a-t-il dit, de la place pour 3,000 assiettes, et l'on nous en demande d'en mettre 6,000. Que voulez-vous que nous fassions? »

Tous nos compliments, en terminant, à ceux qui ont organisé les fêtes de ce Centenaire, et particulièrement au secrétaire de la Société, notre ami Jullien.

Une charmante petite médaille commorative, rappelant le jeton de présence de la Société, a été offerte à tous les invités.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours des hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'est ouvert jeudi dernier.

Question écrite sortie de l'urne :

Cœcum. Indication et manuel opératoire de l'anus artificiel.

Questions restées dans l'urne :

Nerfs de la main. Complications nerveuses dans les fractures.

Mésentère. Traitement des plaies de l'intestin.

Comité supérieur de protection des enfants du premier âge. — Par décret de M. le Président de la République, M. le Dr F. Ledé, médecin inspecteur des enfants du premier âge et des crèches du département de la Seine, a été nommé membre du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge.

Congrès international de dermatologie — Le troisième Congrès international de dermatologie se tiendra à Londres du 4 au 8 août prochain, sous la présidence du Dr Jonathan Hutchinson.

Le prix de la cotisation est d'une livre sterling, payable au trésorier, M. Malcom Morris, 8, Harley street.

Le programme des travaux du Congrès, qui comprendra deux sections, dermatologie et syphiligraphie, est ainsi arrêté :

1° Du purigo;

2° Étiologie et variétés de la kératose;

3° Rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau;

4° Trichophytie et trichophytons;
5° Nature et rapports des diverses variétés de l'érythème polymorphe;
6° De la réinfection syphilitique;
7° Durée de la période de contagion de la syphilis;
8° Syphilis maligne.

Corps expéditionnaire de Madagascar. — Ont été inscrits à leur rang d'ancienneté sur les tableaux de concours pour la Légion d'honneur, établis à la suite de l'inspection générale de 1895 :

Pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur. — MM. les médecins majors de deuxième classe Alvernhe, Delabrousse et Soula.

— Ont été inscrits à leur rang d'ancienneté sur les tableaux d'avancement établis à la suite de l'inspection générale de 1895 :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe hors cadre Silice et Salètes.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Chabrut, Pichon, Viette, Ferrand, Pouy et Thooris.

Programme d'examen des médecins sanitaires maritimes. — L'examen comprend deux parties : une épreuve écrite éliminatrice et une épreuve orale.

L'épreuve écrite a lieu le même jour à Paris au ministère de l'Intérieur, et à Marseille, Bordeaux Nantes, Le Havre, Dunkerque, sous la surveillance du directeur de la santé de ces ports. Elle comporte :

1° Une composition sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses : *Maladies pestilentielles exotiques; maladies épidémiques et endémiques;*

2° Une composition sur la législation sanitaire : *Loi du 3 mars 1822; règlement du 4 janvier 1896; conférences internationales de Venise, de Dresde et de Paris.* (La loi du 3 mars 1822 sera mise à la disposition des candidats, ainsi que le règlement du 4 janvier 1896, contenant en annexe l'historique des conférences sanitaires internationales).

Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la rédaction de la composition de pathologie, et une heure pour la rédaction de la composition de législation.

L'épreuve orale comprend :

1° Une interrogation sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses et sur la législation sanitaire;

2° Une épreuve pratique de bactériologie (coloration et diagnostic des principaux microbes pathogènes);

3° Une épreuve pratique de désinfection (préparation et usage des liquides antiseptiques ordinairement employés; stérilisation avec les appareils usités dans les laboratoires et sur les navires).

Il est accordé aux candidats une demi heure pour chacune des deux épreuves pratiques.

Faculté de médecine de Lille. — M. le professeur de Lapersonne est nommé doyen pour trois ans.

M. Charmeil, agrégé, est chargé d'un cours de thérapeutique.

École de médecine de Marseille. — Le concours pour une place de chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. Paul Reynaud.

Le Congrès allemand de chirurgie se tiendra, cette année, le jeudi 21 mai, sous la présidence du professeur von Bergmann.

Recettes personnelles des nouvelles Universités. — Voici ce qu'encaisseraient de recettes personnelles les futures Universités, en supposant la permanence des recettes actuelles :

Paris	646.000 fr.	par an.
Dijon	131.000	—
Lyon	128.000	—
Bordeaux	105.000	—
Montpellier	85.000	—
Lille	83.000	—
Toulouse	42 000	—
Nanc	41 000	—
Rennes	27 000	—
Aix	26.000	—
Poitiers	20.000	—
Caen	19 000	—
Grenoble	16 000	—

Ces chiffres peu considérables donnent à réfléchir.

Le couronnement du Czar et les Universités russes. — Pour les étudiants de toutes les Universités russes, les vacances du couronnement du Czar commenceront dès les derniers jours d'avril : les étudiants de Moscou seront même congédiés plus tôt. On leur a fait savoir, en termes dont ils comprennent mieux que personne toute la portée, qu'on souhaite les voir loin de Moscou, pendant toute la durée des fêtes du couronnement. On sait, sans doute, que le nouvel empereur ordonnait, il y aura bientôt un an, qu'une somme de 50,000 roubles (125,000 francs) fut annuellement consacrée à l'assistance des savants, littérateurs et publicistes qui pourraient se trouver dans le besoin. C'est le premier anniversaire de cette impériale générosité que l'on se propose de célébrer prochainement. *(Progrès médical.)*

Les étudiantes en Suisse. — La statistique des étudiants en médecine, inscrits dans les Facultés de la Suisse, nous montre l'énorme proportion des étudiantes, puisque sur 1,004 étudiants, il n'y a pas moins de 304 femmes. Il est intéressant de rapprocher de cette statistique de ce que disait récemment un journal suisse. D'après l'auteur, les étudiantes travailleraient avec application; elles formeraient la partie la plus constante des auditeurs aux cours et cliniques, qu'elles suivent avec exactitude; aux leçons cliniques, elles brillent par leur assiduité, alors que les étudiants, eux, brillent par leur absence. Naturellement, le niveau de leurs examens s'en ressent et est supérieur. Enfin, la présence des femmes aurait eu une excellente influence sur les mœurs et l'éducation de leurs collègues hommes.

A propos de la piqûre de l'épine noire. — On dit, dans les campagnes, que la piqûre de l'épine noire est dangereuse et provoque des panaris et des abcès.

M. Reverdin nous en donne la raison dans la *Revue médicale de la Suisse romande.* L'épine noire sert à la pie-grièche pour y suspendre les produits de sa chasse.

Étant à la chasse, M. Reverdin remarqua qu'après chaque prise l'oiseau disparaissait quelque temps dans une haie voisine, puis revenait se mettre en chasse

M. Reverdin chercha dans la haie et trouva, empalés sur une grosse épine noire, les insectes pris par l'oiseau. L'épine noire était le clou où la pie accrochait son gibier.

« Sans doute, ajoute M Reverdin, le hanneton, le ver, empalés sur le bois, délaissés par la bête à la fois gloutonne et prudente, pourriront sous l'injure du temps, et le malheureux paysan qui, taillant sa vigne ou liant son fagot, ira se heurter à la broussaille empoisonnée, subira cet

outrage et toutes ses redoutables conséquences. Il ne pourra que répéter en hochant la tête : « C'est à l'épine noire que je me suis blessé ».

Simple question. — La blennorragie peut-elle être un cas de divorce?

Le Dr Fritsch a soulevé cette question à la Société des médecins et naturalistes de Bonn; mais il s'est hâté de conclure que, vu la difficulté de préciser le début de l'affection et le moment de la contamination, vu la multiplicité des modes de contagion, la fréquence des récidives et l'existence de la blennorragie latente, il lui semble difficile d'admettre comme valable cette cause de divorce.

Le *Wratch*, commentant l'avis de M. Fritsch déclare, au contraire, que la blennorragie est une affection trop grave et trop contagieuse pour ne pas entraîner immédiatement la dissolution du mariage, les voies et les moyens par lesquels l'un des conjoints s'est infecté important peu en présence du fait acquis.

L'enseignement de la médecine. — L'Université de Liège vient d'être dotée de deux nouvelles chaires de médecine : microbiologie et maladies des pays chauds. La première a été confiée à M. Malvoz, la seconde au professeur Firket; c'est assez dire avec quelle compétence, avec quelle autorité, l'une et l'autre seront occupées.

Malheureusement, à ce propos, nous sommes forcés de constater, une fois de plus encore, les lacunes et le manque d'organisation de notre enseignement médical.

N'est-il pas navrant, pour ne pas dire plus, de voir, dans la patrie de Pasteur, que la première des Facultés de médecine, la Faculté de Paris, n'a pas de chaire de microbiologie!

La Belgique ne possède que de bien faibles intérêts coloniaux, et cependant, elle n'hésite pas à créer un enseignement de la pathologie exotique, dans le but de permettre à de jeunes médecins de s'expatrier et de chercher, en dehors de leur pays natal où ils se sentent trop à l'étroit, un nouvel élément d'action et de fortune. La France, elle, possède un empire colonial immense, et, en dehors de son Ecole de médecine navale, dans aucune de ses Facultés de médecine, elle ne peut donner l'enseignement indispensable à ses médecins sanitaires et à ses médecins de colonisation.

Ce sont là des faits qui se passent de tout commentaire. *(Presse médicale.)*

Les sources d'eau minérale françaises et leur débit. — Voici, d'après une statistique du ministère des Travaux publics, l'état actuel des sources minérales exploitées dans notre pays.

Il y a, en France, 1,044 sources exploitées, dont 318 sulfureuses, 358 alcalines, 149 ferrugineuses et 219 alcalines. Vingt-trois départements n'ont aucune source minérale en exploitation. C'est le département du Puy-de-Dôme qui en possède le plus : 96 en plein rapport.

Le nombre de malades visitant les sources s'est élevé, en 1894, à plus de six cent mille.

Le débit total des eaux minérales est de 47,322 litres à la minute, soit 24 milliards 536 millions 908,800 litres par année, ce qui représente, on le voit, un joli débit.

Jack l'Éventreur — Un aliéniste anglais bien connu, le Dr Forbes Winslow, a fourni au Congrès de médecine légale, tenu à New-York il y a quelque temps, des renseignements circonstanciés sur le fameux Jack l'Eventreur.

Le Dr affirme que la personnalité de l'assassin est parfaitement connue. Ce serait un jeune étudiant en médecine, actuellement interné dans un asile d'aliénés, et que l'on n'a pas cru devoir poursuivre, précisément parce qu'au moment où il a été découvert, il présentait des signes non équivoques d'aliénation incurable.

(La Chronique médicale.)

Sage-femme condamnée à mort. — A Warwick, en Angleterre, une sage-femme vient d'être condamnée à mort pour avortement provoqué. La malade était morte de septicémie déterminée par les manœuvres employées, comme le démontra l'autopsie.

La loi sur les Universités. — La Chambre des députés vient de voter, à l'unanimité, le projet de loi sur les Universités, préparé et arrêté sous le précédent ministère, par le ministre de l'Instruction publique d'alors, M. Poincaré.

Nos lecteurs se souviennent peut-être, qu'il y a cinq ans, le projet de création d'Universités avait échoué devant le Sénat, pour cette raison surtout que l'État s'arrogeait le droit de fixer les villes où seraient créées des Universités. Il y avait eu, par suite, une très vive opposition des villes — sièges de Facultés — qui croyaient avoir droit à une Université et qui ne figuraient pas sur la liste. Les sénateurs et députés des départements réputés lésés avaient naturellement pris en mains les intérêts de leurs commettants et, finalement, on avait mis tout le monde d'accord en repoussant purement et simplement le projet de loi.

Dans celui que vient de voter la Chambre à l'unanimité — et qu'acceptera certainement le Sénat — tous les corps de Facultés existant actuellement sont autorisés à prendre le titre d'Universités de la ville ou de la région où ils se trouvent. Tous sont donc placés, au départ, sur le même pied d'égalité; à chacun de marcher ensuite de son mieux. Cela dépendra surtout des sacrifices plus ou moins grands que feront les villes pour avoir de bons professeurs et une bonne organisation de l'enseignement, pour créer l'outillage scientifique nécessaire, en un mot pour attirer et conserver des élèves. Chaque Université sera partie civile, susceptible de recevoir des donations ou des legs, et libre d'administrer comme bon lui semblera sa fortune personnelle.

Tout porte à penser que cette sage décentralisation transformera peu à peu l'enseignement officiel actuel. Qui oserait soutenir qu'il n'en a pas le plus grand et le plus pressant besoin?

Nécrologie. — MM. les Drs Lermont (de Wormhoudt), Manoury (de Paris) et Viel (de Cherbourg).

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LE COMA DIABÉTIQUE [1]

Par H. RICHARDIÈRE.

Le coma diabétique est un ensemble de symptômes nerveux graves, un syndrome relevant d'une intoxication, qui est au diabète ce que l'anémie est à la néphrite.

Les accidents nerveux graves, presque toujours mortels, qui constituent le coma diabétique, sont de connaissance relativement recente. Ils ont été signales pour la première fois par von Stosch, en 1828, et étudiés plus tard par Proust. Ils sont surtout connus depuis les travaux de Berti et de Rupstein et le mémoire de Kussmaul. De nombreux travaux dus à Bourneville et Teinturier, Dreyfus-Brissac, Brissaud, Cyr, Jaccoud, Lancereaux, ont mis en évidence les symptômes du coma diabétique. Seule la pathogénie de ce syndrome n'est pas encore complètement élucidée.

Le coma diabétique est une cause de mort très fréquente dans le diabète. Il détermine presque tous les cas de diabète dans lesquels prédominent les accidents nerveux et ceux qui paraissent avoir une origine nerveuse.

Les enfants diabétiques meurent presque tous dans le coma (H. Leroux).

Les causes immédiates du coma diabetique sont de plusieurs ordres. Parfois, le coma débute à la suite d'un voyage ou de fatigues musculaires. Le surmenage intellectuel, les émotions morales vives, les chagrins, peuvent l'occasionner.

Parfois on peut incriminer une thérapeutique intempestive; un traitement prolongé par l'opium à doses massives en a été quelquefois la cause.

Les écarts de régime, le régime carné trop sévère, la diminution volontaire des boissons, peuvent en être les causes déterminantes.

Chez un grand nombre de malades, le coma survient sans aucune cause appréciable. Suivant la remarque de Frerichs, les diabétiques sont des voyageurs sur le bord d'un précipice. Le moindre faux pas, la plus petite pierre située au travers du chemin suffit pour les faire tomber dans l'abîme.

[1] Extrait du tome III du *Traité de médecine et de thérapeutique*, qui doit paraître prochainement chez Baillière frères.

Le coma diabétique est généralement un accident tardif. Plus rarement, c'est un accident précoce du diabète, dont il est parfois la première manifestation (Cyr).

Comme phénomènes prodromiques du coma, on a noté parfois la somnolence, l'apathie intellectuelle, ou, au contraire, l'agitation nerveuse et même le délire.

Les prodromes les plus importants consistent dans des modifications de la sécrétion urinaire. Dans un certain nombre de cas, les urines diminuent de quantité, sans que la glycose diminue proportionnellement. L'examen des urines à l'aide du perchlorure de fer donne quelquefois une coloration rouge vineuse plusieurs jours avant l'apparition des symptômes caractéristiques. Cette coloration serait en rapport avec la présence de l'acétone.

L'acétone peut également donner à l'haleine des malades une odeur de chloroforme, signalée par plusieurs auteurs, comme un symptôme prodromique.

Des troubles digestifs, consistant en vomissements et en diarrhée profuse, sont quelquefois observés au début.

La période prodromique a une courte durée et peut même faire complètement défaut. Elle fait toujours rapidement place aux symptômes caractéristiques du coma.

A la période d'état, les malades tombent dans un coma profond. Ils restent étendus, complètement insensibles aux excitations extérieures. Les yeux, dont les pupilles sont dilatées, sont ternes et paraissent ne plus voir. L'intelligence est abolie. Les malades ne répondent à aucune des questions qu'on leur pose. Ils semblent étrangers au monde extérieur.

Le plus souvent, ils restent couchés sur le dos sans faire de mouvements. Il n'y a cependant pas de paralysie, ce qu'on constate facilement en soulevant les membres.

La sensibilité de la peau persiste, car les malades manifestent de la douleur si on pique ou si on pince la peau.

Le coma est complet, sans paralysie de la mobilité ni de la sensibilité.

La température est sensiblement abaissée. Elle

tombe souvent à 35° ou 36°. Kussmaul l'a vu tomber à 32°. Le pouls bat faiblement.

La respiration est singulièrement troublée. Elle est assez caractéristique pour qu'on ait appelé le *coma diabétique un coma dypnéique.* Les troubles respiratoires portent plus sur le mode respiratoire que sur le nombre des respirations, qui reste souvent normal. Ce n'est que dans quelques cas rares que le chiffre des mouvements respiratoires dépasse d'une manière sensible la normale.

Dans le coma diabétique, les inspirations sont extrêmement profondes; les expirations sont courtes et comme avortées. La longueur des inspirations et leur profondeur sont les signes caractéristiques de la dyspnée du coma diabetique. Cette dyspnée est purement nerveuse. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal.

L'haleine des malades a, fréquemment, une odeur de chloroforme, qui peut être révelatrice de la nature du coma.

Les urines, presque toujours rares et rendues involontairement, ont assez souvent cette même odeur de chloroforme. Elles contiennent du sucre en quantité plus ou moins abondante. L'odeur chloroformique de l'urine est due à la présence de l'acétone, qu'on peut mettre en évidence par la méthode de Legal. Cette méthode consiste à les traiter par le nitro-prussiate de soude, qui donne une coloration pourpre.

Une autre méthode, celle de Gerhardt, est très simple et à la portée de tous les praticiens. Malheureusement, elle n'est pas à l'abri de toute critique. Le procédé de Gerhardt consiste à verser dans l'urine une petite quantité de perchlorure de fer. Si l'urine renferme de l'acétone, elle prend une couleur rouge-bordeaux au contact du réactif.

Le coma diabétique a une très courte durée. Souvent, la mort arrive dans la première ou dans la deuxième journée. Rarement elle depasse la troisième ou la quatrième.

La mort est, en effet, la terminaison presque fatale. Elle survient sans autres phénomènes, sans convulsion ni paralysie.

A l'autopsie des sujets qui ont succombé au coma diabétique, il n'existe pas de lésion organique qui rende compte des symptômes observés pendant les derniers jours de la vie.

Les centres nerveux sont normaux ou du moins ne présentent pas de lésions récentes.

Saunders et Hamilton, après avoir constaté chez trois malades la présence de gouttelettes de graisse dans les vaisseaux des poumons et des glomérules du rein, avaient admis que le coma diabetique avait pour cause la présence d'embolies graisseuses dans les capillaires du cerveau et des poumons. Cette constation, en rapport avec la richesse en graisse du sang des diabétiques, a été le point de départ de la théorie de la lypémie. Le fait, constaté par Saunders et Hamilton, est exact, mais exceptionnel, et ne peut, par suite, servir de base à une théorie générale du coma diabétique.

La fréquence, chez les diabétiques, de la dégénérescence hyaline des épithéliums des reins a été le point de départ de la théorie urémique adoptée récemment par Pisenti et Albertoni. Dans cette théorie, le coma diabétique est considéré comme une manifestation de l'urémie. On objecte à cette théorie que la dégénérescence rénale ne s'observe pas dans tous les cas de coma, et qu'elle peut exister chez des malades qui n'ont présenté ni coma ni dyspnée. D'autre part, les symptômes du coma diabétique diffèrent trop de ceux de l'urémie pour qu'il soit possible de les considérer comme étant de même augure.

Les théories anatomiques sont impuissantes à donner l'explication du coma diabétique. Ce syndrome évoque, d'ailleurs, beaucoup plutôt l'idée d'une intoxication. Aussi, actuellement, la théorie de l'intoxication rallie-t-elle à peu près tous les suffrages. Seule, la nature du poison est encore discutée.

Le poison parait se former aux dépens du sucre du sang. A un moment donné, ce poison se formerait en quantité excessive, ou son élimination serait empêchée par le mauvais état des reins et la diminution de la polyurie.

Quel est ce poison?

L'acétone incriminé par Kussmaul, Lécorché, de Gennes, a été longtemps considéré comme la cause de l'intoxication qui produit le coma diabétique. Actuellement, la théorie de l'acétonémie est combattue, car la présence de l'acétone dans les urines n'est pas constante et fait quelquefois défaut. D'autre part, l'acétone a été constaté dans les urines, en dehors du diabète. Enfin, les expériences d'Albertoni ont montré que les injections d'acetone donnaient des nephrites toxiques et un ensemble de symptômes sans aucune analogie avec les symptômes du coma diabétique.

L'acide dicédétique (Rupstein et Gerhardt); l'acide crotonique (Stadelmann), l'acide oxybutyrique (Kulz et Munkowski) ont été successivement incriminés, mais les théories qui font de ces acides la cause du coma diabétique soulévent les memes objections que la théorie de l'acétonomie.

La théorie de l'intoxication par des acides résultant de la combustion incomplète de la glycose (acides lactique, oxybutyrique, diacétique), plus compréhensive que les précédentes, explique la pluralité des formes revêtues par le coma (Roque, Devic,

Hugounenq). Elle fait comprendre l'heureux effet du bicarbonate de soude à la dose massive de 20 à 30 grammes donné dès le début des accidents (Chauffard). Dans cette théorie, le bicarbonate de soude agit en augmentant l'alcalinité du sang (Freudberg), et combat les effets nuisibles de l'excès des acides.

Quand le coma diabétique est définitivement constitué, aucun traitement n'a d'action sur cette redoutable complication du diabète. Tous les moyens tentés jusqu'à ce jour (émissions sanguines, bains chauds et froids, sudations excessives, inhalations d'oxygène, transfusion sanguine) ont été impuissants. Les malades succombent fatalement lorsque le coma est à la période d'état.

Dans la période prodromique, si cet hasard heureux a permis de reconnaître de bonne heure la réaction de l'acétone dans les urines, il y a lieu d'avoir quelque espoir dans ce traitement apporté immédiatement appliqué.

Quand il y a menace de coma, il faut d'abord suspendre le régime azoté, ou, au moins, en atténuer la rigueur (Lécorché). Il a été parfois utile de prescrire le régime lacté.

Pour prévenir le développement des accidents du coma, l'emploi des alcalins à haute dose, de bicarbonate de soude à la dose de 20 grammes et plus dans les vingt-quatre heures paraît donner de bons résultats. Chauffard a vu se dissiper, grâce à ce médicament donné à haute dose, des accidents qui faisaient redouter l'imminence du coma.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Précautions à prendre contre les crachats des phtisiques. — Sanatoria d'Angicourt et de Ruppersthain.

On se préoccupe plus que jamais de la transmission de la tuberculose et du danger que présentent les crachats des phtisiques arrivés à la seconde période. Seulement, on s'est borné jusqu'ici à signaler le péril sans y obvier, ou du moins sans lui opposer des moyens pratiques. Le seul qui ait produit quelque résultat, c'est l'avis que le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a fait afficher dans les omnibus et les tramways et qui interdit de cracher sur le parquet. Chacun a dû remarquer que, depuis lors, les voyageurs se livrent beaucoup moins à cette dégoûtante pratique. On a multiplié les recommandations relatives aux crachoirs ; mais chacun sait combien il est difficile de les suivre. Il faudrait véritablement une adresse toute spéciale pour atteindre ces récipients placés au ras du sol. M. Terrier dans une communication récente à l'Académie de médecine (1) a raconté comment les choses se passent dans les hôpitaux de Paris où cependant la surveillance serait facile et, tout en faisant la part d'une exagération voulue, on est forcé de convenir que, même dans les établissements où sont réunis ces dangereux malades, aucune précaution sérieuse n'est prise pour préserver les autres de la contamination.

Le véritable remède est vraisemblablement dans le crachoir individuel et portatif substitué au mouchoir de poche, qui est malpropre et dangereux, attendu qu'il dissémine les crachats, qu'ils s'y dessèchent et que leur poussière se répand dans l'atmosphère. M. Vallin, s'appuyant sur l'autorité et la compétence qu'on lui connaît, n'a pas craint d'appeler la compétence de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle sur ce sujet modeste, dans la séance du 25 mars dernier. On ne peut que le féliciter de cette initiative. Le crachoir portatif est en usage dans tous les *sanatoria* de l'étranger ; beaucoup de malades l'ont même adopté en dehors de ces établissements, et ce n'est qu'en France qu'on n'y a pas recours.

J'ai sous les yeux celui qui est en usage à Falkenstein et il m'a été adressé dans des circonstances touchantes : J'avais écrit un article sur la tuberculose dans le numéro du 15 juillet 1891 de la *Revue des Deux-Mondes*; j'y avais parlé, dans de bons termes, du sanatorium de Falkenstein et de son directeur, le docteur Detweiller. Cet article tomba sous les yeux d'une dame de Dusseldorf, habituée de cet établissement, et qui m'écrivit une très longue lettre pour me faire connaître, en détail, le fonctionnement du sanatorium. C'était une Française mariée à un Allemand. Fille et petite-fille de phtisiques, elle avait déjà vu mourir un de ses fils et l'autre était condamné. Phtisique elle-même, elle prolongeait sa vie en se rendant chaque année à Falkenstein. Cette lettre m'était arrivée depuis fort longtemps déjà, lorsque je reçus la visite d'un parent de cette dame qui l'avait chargé avant de mourir de m'apporter un modèle du crachoir usité à Falkenstein, que je lui avais témoigné, dans le temps, le désir de connaître.

C'est une bouteille en verre bleu, très forte, munie d'un couvercle en métal qui s'ouvre en pressant sur un bouton et se referme comme une tabatière. La clôture est hermétique. La bouteille peut contenir 120 grammes de liquide ; elle est extrêmement facile à nettoyer et à désinfecter.

A Falkenstein, chaque malade a le sien. Il est absolument défendu de cracher par terre. Le docteur Detweiller est, à cet égard, d'une sévérité sans

(1) Terrier : Sur l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire. Séance du 4 février 1896. (*Bulletin de l'Académie*, t. XXXV, p. 90.)

égale, et une infraction à cette règle ferait expulser le délinquant. Là tout le monde sait qu'il est phtisique; les médecins ne cherchent pas, comme en France, à entretenir les illusions des malades et, m'écrivait Mme B...., « une fois la première impression passée, on n'en est pas plus malheureux pour cela. On sait qu'on ne peut espérer qu'une guérison lointaine; on sait qu'on est un danger public quand on ne prend pas les précautions nécessaires et surtout on apprend comment on doit vivre chez soi, au milieu des siens, sans craindre de leur communiquer sa maladie ».

Je ne suis pas absolument persuadé de l'avantage qu'on trouve à détromper les poitrinaires, mais je suis convaincu de la nécessité de prendre des mesures prophylactiques contre leur expectoration, et cela n'exige pas qu'on leur dessille les yeux. Il suffit, comme l'a conseillé M. Armaingaud, de déclarer que tous les produits de l'expectoration sont suspects, qu'ils proviennent de phtisiques, de catharreux ou de simples bronchites, qu'il est aussi dégoûtant que dangereux de cracher par terre et qu'il est plus décent, plus propre et tout aussi commode de porter dans sa poche une petite bouteille que d'y avoir un mouchoir de poche, lorsqu'on est réduit à la nécessité de vider fréquemment ses bronches.

— Nous avons maintes fois parlé du *sanatorium* d'*Angicourt* que la Ville de Paris a résolu d'élever. sur le modèle de celui de Falkenstein, pour le traitement d'une centaine de phtisiques pauvres (1). Elle a voté pour cet établissement, il y aura bientôt deux ans, une somme de 790,833 francs, à prendre sur les fonds du pari mutuel (2). La construction en est confiée à M. Belouet, architecte de l'Assistance publique, à Paris. Il paraît que les murs sortent à peine de terre; mais pendant ce temps-là le docteur Detweiller a obtenu la création d'un sanatorium pour les phtisiques pauvres, qui va s'ouvrir à Ruppersthain, dans le Taunus, sous la direction du docteur Nahm.

Dès 1892, une société de bienfaisance de Francfort-sur-le-Mein, la *Reconvalescentenverein*, avait créé, à proximité de Falkenstein, un établissement rudimentaire où on ne recevait que des malades du sexe masculin; mais il devint bientôt impossible de satisfaire aux demandes d'admission et on décida la création d'un *sanatorium* plus vaste sur la route de Ruppersthain à Kienigstein-les-Bains, à une heure de la station de chemin de fer. Cet établissement, dont M. Belouet a donné, dans le dernier numéro de la *Revue d'hygiène*, une description très détaillée (3) et extrêmement soignée, très complète. Il peut recevoir 75 malades, soit 38 hommes et 37 femmes, répartis en 12 chambres d'isolement à un lit; 11 chambres à 3 lits et 6 chambres à 5 lits. Dans chacune de ces chambres, chaque malade a un cube d'air d'environ 40 mètres à sa disposition.

La dépense s'est élevée à 325,000 francs, soit 4,333 francs par lit. Chaque lit du sanatorium d'Angicourt, en coûtera près du double. JULES ROCHARD.

(1) *Union Médicale*, n° du 19 décembre 1893. Hospitalisation des phtisiques, t. LVI, p. 843.

(2) *Union Médicale*, 1894, t. LVIII, p. 99.

(3) BELOUET : Le sanatorium de Ruppersthain pour les phtisiques nécessiteux. (*Revue d'hygiène*, t. XVIII, p. 216.)

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Dans le *Lyon Médical* du 22 mars 1896, nous trouvons l'analyse d'une thèse de la Faculté de médecine de cette ville, due au Dr RUDLER, sur la **lymphadénie, maladie infectieuse**. Nous regrettons de ne pas avoir ce travail entre les mains, d'autant qu'il expose les idées de M. le professeur Poncet, idées qui nous paraissent assez originales pour que nous transcrivions textuellement les lignes du journal que nous venons de citer :

« C'est souvent, en effet, aux dépens de vieilles adénites, et tout particulièrement de la région cervico-faciale, que se développent les adénites malignes; c'est dire, suivant l'opinion de M. Poncet, que toute lésion ganglionnaire qui a résisté à un traitement méthodique pendant un certain temps doit être traitée par l'extirpation du ou des ganglions malades. C'est pour cela qu'en présence des transformations redoutables du tissu ganglionnaire enflammé, M. Poncet veut que l'on se comporte vis-à-vis de lui comme en présence d'un neoplasme malin. »

Adieu donc tous les traitements internes, les injections interstitielles, etc... C'est peut-être un peu radical.

— Il est peut-être intéressant de retracer une communication faite à la *Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg* sur l'**abus des interventions chirurgicales en gynécologie.**

Le professeur Lebedeff trouve qu'on a trop élargi les indications opératoires. C'est surtout en gynécologie qu'on intervient trop fréquemment, et cela sans que les indications soient suffisantes. Ainsi, dans la dysménorrhée par rétrécissement de l'orifice externe ou interne du col ou consécutive à des déviations utérines, on fait le débridement simple ou double du col, sans que cette opération puisse être utile. Dans les déchirures de la portion vaginale avec endométrite, on fait, sans aucune raison, la trachéorraphie. L'amputation de la portion vaginale,

dans la métrite chronique, ne fait pas, pour l'auteur, disparaître les douleurs ni l'irrégularité des règles.

La laparotomie dans la grossesse extra-utérine et l'hématocèle rétro-utérine est souvent faite dans le seul but d'enlever des caillots en voie de dégénérescence régressive ; c'est un abus, puisque la guérison peut être obtenue par des procédés plus lents et moins dangereux. La laparotomie exploratrice n'est, pour lui, que de l'empirisme, et, dans certains cas, l'abstention est aussi méritoire que le succès obtenu à l'aide d'une intervention.

La castration dans les névroses est dénuée de toute base scientifique.

L'opération de Porro remplace trop souvent l'opération césarienne sans indications bien nettes ; la symphyséotomie, qui détruit l'intégrité du bassin, n'est pas justifiée, même par le succès opératoire. Cette opération devrait être réservée exclusivement aux bassins rétrécis à indications spéciales. L'amputation sus-vaginale, pour un fibrome sous-muqueux, ne devrait pas être faite, car on peut enlever la tumeur et laisser l'organe intact. Les gynécologues eux-mêmes deviennent abstentionnistes. Schrœder, Olshausen, Martin, recommandent avec raison de faire la résection partielle des ovaires, s'il y a une partie du parenchyme qui reste intacte. L'ovariotomie, dans l'oophorite chronique, est de plus en plus délaissée et remplacée par la climatothérapie et la balnéothérapie.

Telles sont les réflexions, peut-être un peu exagérées du professeur Lebedeff, mais qui sur certains points n'en méritent pas moins une sérieuse attention.

Chose curieuse, le curettage n'est pas cité dans cette énumération, et pourtant on sait si on en abuse ; mais, pour combler cette lacune, transcrivons les conclusions d'un article du Dr Jayle, paru sur cette opération, dans la *Presse médicale* du 25 mars dernier :

« Les conclusions auxquelles je suis amené, dit l'auteur, s'indiquent d'elles-mêmes : *en dehors de l'état perpuéral et de l'endométrite corporelle fongueuse chronique*, le curettage est inutile et souvent nuisible.

« Que les malades que l'on croit justiciables de cette petite opération soient supposées l'avoir subie, qu'on leur donne tous les soins dont on les entoure toujours après l'intervention, et l'on aura les mêmes résultats, c'est-à-dire la guérison des cas simples, l'amélioration de la plupart des autres. En outre, seront évitées ces complications fâcheuses, telle que l'infection aiguë, dont l'apparition plonge malade et médecin dans la consternation.

« Cette sage abstension ne conduira pas, tout au moins, à ce triste résultat donné par tant de curettages : l'augmentation des douleurs abdominales ou leur apparition quand elles n'existaient pas.

« Ce traitement de douceur, j'allais dire médical, se recommande à tous ceux dont la devise est : *Primo non nocere.* »

— Les maladies du pancréas occupent de jour en jour une place plus grande dans le domaine de la chirurgie. Aussi, est-il intéressant de parler d'un travail de Riedel paru dans le *Berlin Klin Wochensh*, sur la **pancréatite inflammatoire.**

Riedel attire l'attention des chirurgiens sur une lésion inflammatoire de la tête du pancréas, simulant le cancer et due à la présence de calculs dans les voies biliaires. Il en a observé trois cas, et grâce à l'erreur pronostique commise au cours de l'opération, dans le premier cas, il a pu reconnaître la nature exacte de la lésion dans les deux autres cas opérés par lui.

Il s'agit, dans la première observation, d'un homme de soixante-deux ans, sujet à des coliques hépatiques avec ictère passager, ictère qui ne disparut pas après la dernière attaque. On fait la laparotomie avec le diagnostic de calcul du cholédoque, et à l'exploration de la cavité abdominale on trouve un calcul dans le cholédoque, plusieurs autres dans la vésicule, et, dans la tête du pancréas, une tumeur des dimensions d'une petite pomme, dure comme du bois et présentant les caractères d'un cancer. L'auteur fit une cholécystentérostomie après cholédocotomie et ferma le ventre, pensant que le malade devait succomber dans quelques mois. Il n'en fut rien ; le malade se rétablit et sa guérison se maintient depuis bientôt trois ans.

Le second cas est celui d'une femme de cinquante ans, présentant des accidents de cholelithiase et sous le foie une tumeur arrondie, inegale, prise pour la vésicule bourrée de calculs. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva la vésicule biliaire petite, rétractée, remplie de calculs ; le cholédoque contenait également des calculs, et enfin la tête du pancréas était occupée par une tumeur dure, ayant la dimension de deux poings d'adulte. C'est cette tumeur qui avait été prise pour la vésicule. L'auteur fit la cholédocotomie avec suture de la plaie, et la cholécystectomie après extraction des calculs. La malade guérit, et la tumeur disparut progressivement.

Enfin, dans le troisième cas, la laparotomie montra que la vésicule et les voies biliaires ne renfermaient pas de calculs et que la tête du pancréas était occupée par une tumeur ayant les mêmes caractères que dans les cas précédents. La malade était très épuisée, et l'opération ne put être termi-

née. La malade succomba quelques heures après la laparotomie. A l'autopsie, on trouva dans la vésicule des concrétions biliaires des dimensions d'une tête d'épingle. L'examen microscopique du pancréas montra que la tumeur était causée par une inflammation intestinale, mais sans néoplasme.

— **Le traitement des plaies de l'abdomen par armes à feu** a fait l'objet d'un travail de M. P. Klemm, paru dans le *Samml. Klin. Votr.* de janvier 1896, et l'auteur y passe en revue toutes les expériences et les écrits parus sur la matière.

Voici ses conclusions :

« 1° Dans la grande majorité des cas, les plaies par armes à feu de l'abdomen sont pénétrantes, intéressent les viscères et le plus souvent le tube gastro-intestinal. Ces plaies sont toujours multiples et leurs dimensions dépendent, non pas du calibre de la balle, mais de l'angle sous lequel le projectile frappe les viscères ;

« 2° L'occlusion de la plaie intestinale par un bouchon muqueux n'a lieu qu'exceptionnellement. Le plus souvent, le contenu intestinal se répand dans la cavité abdominale et détermine une infection suivie d'intoxication septique ;

« 3° La non-intervention se termine ordinairement par la mort ;

« 4° Dans les cas de plaies de l'abdomen par armes à feu où l'on soupçonne une lésion viscérale, il faut inciser la paroi abdominale au niveau de la plaie. Si on trouve le péritoine ouvert, il faut faire la laparotomie sur la ligne médiane. Les plaies de l'intestin peuvent conduire, suivant leurs dimensions, soit à la simple suture, soit à la résection d'une partie de l'intestin ;

« 5° La péritonite déclarée n'est pas une contre-indication de l'intervention. Cette dernière n'est contre-indiquée qu'en cas d'affaiblissement considérable du malade, produit par l'intoxication septique, le choc ou l'hémorragie. »

— Citons un cas d'**anévrisme de l'artère vertébrale**, due à M. Mikulicz. Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, atteint d'artério-sclérose assez prononcée et porteur d'un anévrisme de l'artère vertébrale paraissant consécutif à des mouvements intempestifs de la tête et du cou. Le diagnostic fut assez facile à porter : l'artère carotide était nettement soulevée par la tumeur qui ne diminuait pas par la compression de la carotide primitive.

M. Mikulicz pratiqua la ligature de la vertébrale, d'après la méthode de Chassaignac ; l'artère fut découverte à deux centimètres au-dessous du tubercule vertébral. Pour faciliter l'opération, le chirurgien sectionna le faisceau claviculaire du muscle.

Cette ligature fut suivie d'un résultat très satisfaisant : la tuméfaction et les douleurs disparurent complètement et la guérison est aujourd'hui complète.

— Dans la *Semaine médicale* du 25 mars dernier, M. le professeur Duplay vient de publier une leçon dans laquelle il établit les indications de la **cure radicale des hernies**. L'auteur laisse, bien entendu, de côté l'étranglement herniaire, dans lequel celle-ci n'est que le complément de la kélotomie, et envisage surtout les hernies inguinales.

Les hernies non étranglées se divisent en hernies irréductibles et en hernies réductibles.

Toute hernie irréductible, nous dit le professeur, qu'il s'agisse d'une épiplocèle simple, ou d'une hydro-épiplocèle irréductible, qu'il s'agisse d'une entérocèle ou d'une entéro-épiplocèle irréductible par adhérence, constitue une indication formelle d'opérer. Dans ces cas, la cure radicale est la règle générale, s'il n'y a pas de contre-indication.

Pour les hernies réductibles, celles qui sont justiciables, de la cure radicale sont d'abord les hernies incoercibles, par le volume de la tumeur, ou par les dimensions exagérées de l'anneau, cas auxquels il faut joindre les hernies qui, quoique peu volumineuses, ne peuvent être maintenues par le bandage le mieux fait.

L'indication opératoire est formelle pour les hernies congénitales, avec ectopie testiculaire inguinale. Il faut, là, avoir recours à la cure radicale, avec castration, surtout chez les sujets jeunes.

Les hernies douloureuses, se rencontrant principalement parmi les hernies crurales, réclament aussi la cure radicale.

Enfin cette opération peut, dans certains cas, faire partie des opérations dites de complaisance.

Les contre-indications de la cure radicale dépendent de l'état général : Si on se trouve en présence d'un diabétique, d'un albuminurique, d'un cardiaque, d'un phtisique avancé, il faudra rejeter l'opération. L'extrême vieillesse ou le jeune âge, le volume trop considérable de certaines hernies qui ont perdu droit de domicile dans l'abdomen sont, bien entendu, des contre-indications dont il faudra savoir tenir compte.

— La thérapeutique des cancers viscéraux commence à entrer dans le domaine de la chirurgie, et, à ce titre, citons une thèse de Paris, passée à la fin de l'année dernière, sur le **symptôme du ganglion sus-claviculaire**.

M. Rousseau, l'auteur de cette thèse, étudie l'adénite sus-claviculaire à distance, question remise à l'ordre du jour par M. Troisier en 1866 et en 1889. Le lieu d'élection de ces adénites est le triangle sus-claviculaire et les ganglions les plus superficiels ; il

faut quelquefois déprimer fortement les tissus pour trouver la masse ganglionnaire en arrière de la clavicule; c'est, en effet, à l'état de masse que se manifeste l'adénopathie cancéreuse; ce caractère la différencie de la tuberculose cervicale, qui est polyganglionnaire. La consistance dure, pierreuse, de la masse, est un caractère important de cette adénopathie. On retrouve cette dureté dans la syphilis secondaire, mais, outre les commémoratifs et la présence d'accidents spécifiques concomitants, on constatera toujours dans la syphilis une polyadénopathie disséminée. L'adénopathie cancéreuse est très mobile et inodore le plus souvent; aussi sa découverte est-elle toujours pour le patient une véritable surprise. Sur 37 observations, 29 fois l'adénite siégeait à gauche; le plus souvent unique, elle peut coexister avec des localisations inguinales ou axillaires et même sus-épitrochléennes. Du reste, ces dernières adénopathies peuvent exister isolément sans qu'il y ait de localisation sus-claviculaire concomitante.

L'adénite se montre tardivement, c'est une manifestation ultime de la maladie; la survie après son apparition n'est en moyenne que de deux à trois mois. Sa manifestation précoce, rare, permet d'affirmer le cancer avant même l'apparition de la cachexie et empêche une intervention qui aurait les plus grandes chances d'être fatale.

M. Rousseau explique l'adénopathie sus-claviculaire gauche par une propagation de proche en proche, le long des lymphatiques de la paroi du canal thoracique, ou par la formation d'une embolie qui, partie des lymphatiques de l'organe malade, suit le canal thoracique jusqu'à son embouchure, dans la veine sous-clavière. Une fois là, pour arriver dans les ganglions sus-claviculaires, l'embolie doit remonter le cours de la lymphe; ce reflux peut se produire grâce à la courbe que le canal décrit, et grâce aussi à la disposition des troncs lymphatiques efférents et des ganglions sus-claviculaires qui semblent prolonger la direction principale du canal thoracique.

BULLETIN

Bien peu de médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux de Paris savaient peut-être que l'heure officielle de la visite du matin était à 8 heures dans les services hospitaliers de la capitale.

C'était pourtant l'exacte vérité, comme vient de l'apprendre une récente circulaire provenant de la direction de l'Assistance publique. Mais, il est inutile de le dire, le règlement était loin d'être appliqué; ce que comprenant l'Administration, et en cela nous ne pouvons que la féliciter, vient de changer cette heure matinale et d'en fixer une autre plus en accord avec les exigences de la vie parisienne et de l'enseignement.

C'est dorénavant à la neuvième heure que commencera officiellement la visite dans les salles. Cette heure est la bonne, et, disons-le de suite, il n'y a qu'un papier de plus, car jamais une visite n'a, depuis de nombreuses années, été faite à 8 heures dans les hôpitaux de Paris.

La nouvelle heure fixée par l'Assistance est celle adoptée depuis bien longtemps par le corps des hôpitaux, et, sauf quelques dissidents, les élèves sont toujours sûrs de s'instruire en venant à cette heure dans les services.

Ces questions n'ont, au premier abord, l'air de rien; mais elles ont cependant plus d'importance qu'on ne serait tenté de le croire. A cette question de visite médicale se rattachent non seulement le repos des malades, le service de pharmacie, mais encore la propreté de la salle et ces mille riens qui constituent la bonne tenue d'une maison.

Jusqu'à il y a déjà quelques années, ces dernières questions, qui sont de second ordre par rapport à la première, la visite du médecin, avaient prévalu, et nos anciens maîtres commençaient leur service dès la première heure; dans les hôpitaux militaires et maritimes, il en est encore de même, et la visite est, croyons-nous, à 7 heures 1/2 pendant l'été, et à 8 heures pendant l'hiver. Il y a là une exagération, car pendant les jours de courte durée, c'est avec une bougie que le médecin est obligé d'examiner ses malades; quand, en attendant une heure de plus, il aurait la lumière du jour, et les malades n'auraient qu'à y gagner; mais ceci ne nous regarde pas.

Bornons-nous donc à constater que l'Administration de l'Assistance publique a bienfait en changeant son règlement et en portant à 9 heures l'heure de la visite, que ce soit en été ou en hiver.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1896

M. Panas, au sujet de la *pathogénie de l'appendicite* et pour confirmer l'opinion de M. Dieulafoy sur le rôle que joue l'interception de communication entre l'appendice et le cœcum, vient rapporter les expériences qu'il a faites, il y a trente ans, pour démontrer le passage de substances toxiques à travers la paroi d'une anse intestinale ligaturée.

M. Panas injectait dans cette anse intestinale une solution de sulfate de fer, puis il la plongeait dans une solution de cyanure de potassium. La réaction bleue qui se faisait était la preuve des phénomènes osmotiques qui se produisaient dans ces conditions, alors que l'on n'observait rien de semblable si l'anse intestinale n'était pas ligaturée.

— M. Kelsch reprend ensuite la discussion sur la *contagiosité de la phtisie pulmonaire*; il ne nie point les dangers du contact des tuberculeux, mais il pense qu'il faut attribuer un rôle beaucoup plus important à l'auto-infection tuberculeuse; il lui semble en être ainsi dans l'armée.

On ne garde pas les tuberculeux dans l'armée, et toutes les mesures sont prises pour désinfecter les objets contaminés par des tuberculeux, pour empêcher, en un mot, toute contagion. Et cependant, le nombre des tuberculeux s'accroît tous les ans, comme d'ailleurs dans toutes les autres armées. M. Kelsch pense donc que l'on entre dans l'armée tuberculeux aussi souvent qu'on l'y devient. On entre dans l'armée avec des tuberculoses localisées, latentes, des foyers ganglionnaires ou osseux dissimulés, quelques granulations pulmonaires. La santé générale semble excellente jusqu'au jour où, à l'occasion d'un trouble quelconque de l'état général, apparaissent la pleurésie, la bronchite à répétition, la granulée.

A l'autopsie de malades morts d'affections autres que la tuberculose, M. Kelsch a constaté ces lésions silencieuses et cachées, dans la proportion d'une fois sur trois. Elles sont certainement aussi redoutables dans la pathogénie de la tuberculose que l'inhalation ou l'ingestion directe de bacilles tuberculeux. Le fait était des plus nets dans certains cas d'adénopathie bronchique ancienne chez des sujets devenus phtisiques à la suite d'une grippe ou d'une rougeole, et dans les cas de tuberculose miliaire généralisée où l'autopsie révélait, comme point de départ de l'auto-infection, des ganglions dégénérés du médiastin ou du péritoine.

L'origine de ces masses néo-plastiques remonte souvent à la première période de la vie. Sur les cadavres d'enfants on trouve bien souvent ces foyers tuberculeux localisés : chez les adultes de vingt à vingt-trois ans on les observe encore le plus souvent éteints et déjà enkystés.

L'hérédité joue un rôle considérable dans la tuberculose de l'enfant; elle explique la localisation fréquente sur les ganglions lymphatiques et le squelette. Chez l'enfant ainsi bacillisé, la résistance de l'organisme sera plus ou moins longue suivant les circonstances. Les maladies fébriles et phlegmasiques, l'hygiène défectueuse, occasionnent ou favorisent les reviviscences des foyers latents. Dans l'armée, ce sont là les principaux facteurs du réveil de la tuberculose. M. Kelsch pense donc que la tuberculose que l'on y observe est due à une auto-infection, bien plus souvent qu'à une contagion.

— M. Vallin lit ensuite une note de M. Laveran sur la *prophylaxie du paludisme*. L'administration préventive de la quinine donne un premier résultat, et des plus importants : elle diminue la gravité du paludisme et elle supprime les accès pernicieux. De plus, elle tonifie l'organisme. La quinine agit à titre d'antiseptique; administrée pendant longtemps, d'une façon préventive, elle transforme l'organisme en un milieu très peu favorable au développement de l'hématozoaire. Pour cela, il faut la prescrire à doses suffisantes : 15 à 20 centigrammes dans les pays où le paludisme est bénin, 20 à 30 centigrammes dans les pays où on observe des cas pernicieux. Quelques auteurs conseillent aussi de donner 40 à 60 centigrammes tous les deux jours; cette méthode a donné également d'excellents résultats.

M. Vallin insiste sur le danger de faire remuer la terre par des Européens. M. Colin ne donne pas, comme M. Laborde, la préférence au chlorydro-sulfate de quinine. Avec M. Laveran il continuera à employer le sulfate et le chlorhydrate qui ont déjà fait leurs preuves. M. Colin compare ensuite l'expédition anglaise contre les Ashantis et l'expédition de Madagascar. Ici le premier obstacle fut la construction d'une route de plusieurs centaines de kilomètres, et le second la mauvaise saison qui marqua le début et la fin de la campagne.

M. Colin termine par des éloges au corps de santé militaire, éloges que l'Académie acceuille par des applaudissements.

ÉLECTION DE DEUX CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Première élection.

MM. Leuckart (Leipzig)	42 voix.	Élu.
Petrini (Galatz)	5 —	

Deuxième élection.

MM. Wardellstiles (Washington)	34 voix.	Élu.
Petrini (Galatz)	10 —	
Coni (Buenos-Ayres)	1 —	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Il y a deux ou trois ans, M. Reynier fit une communication à la Société de Chirurgie, sur l'emploi du salol iodoformé, corps formé par la combinaison du salol et de l'iodoforme, capable de se liquéfier à une basse température et de se solidifier dans les tissus.

M. Reynier revient sur les propriétés du salol iodoformé, dans le traitement des tuberculoses osseuses.

Il montre d'abord combien l'intervention est précaire, la guérison lente et la récidive fréquente, avec les anciens procédés de curettage, de grattage de l'os et de tamponnement à la gaze iodoformée.

Tous ces inconvénients disparaissent quand, après avoir trépané l'os tuberculeux, nettoyé le foyer, on y coule du salol iodoformé, qui fait corps avec les tissus, comble la cavité et permet une cicatrisation par premiere intention.

Six nouvelles observations sont apportées par M. Reynier, et dans celles-ci il s'agissait de trépanation du trochantère, du fémur, dans sa portion diaphysaire et du tibia. Le succès a toujours suivi cette pratique, et il y a même une observation dans laquelle on a pu voir ce que devenait le salol iodoformé perdu dans les tissus. C'est sur un malade opéré d'une ostéite tuberculeuse du tibia, par l'ancienne méthode, qui guérit, pour récidiver, et qui fut ensuite soumis à l'action du nouveau corps médicamenteux; celui-ci, versé dans la cavité, se cristallisa comme toujours, et la réunion par première intention eut lieu. Deux ans plus tard, l'ostéite tuberculeuse réapparaissait sur le tibia, mais pas à la même place; il fallut néanmoins amputer le malade, qui était entré dans le service de M. Le Dentu, et l'autopsie du membre put être faite.

On trouva le noyau de salol iodoformé comme un bloc attenant à l'os et faisant corps avec lui et pas la moindre lésion tuberculeuse autour.

Voilà donc, nous dit M. Reynier, un moyen de guérir rapidement et sûrement ces lésions tuberculeuses limitées qui font le désespoir du chirurgien.

M. Félizet demande à M. Reynier comment il injecte sa substance. Lui aussi a fait des expériences. Il a essayé de pousser, dans le tissu aréolaire du grand trochanter et du fémur, des substances médicamenteuses, et il a été frappé, même sous de fortes pressions, de voir combien peu pénétrait le liquide.

Dans un os normal, il a voulu se rendre compte de ce qu'avaient pu donner des injections dans le traitement des tumeurs blanches qui commencent par les os, et il a pu constater que l'injection pénétrait peu profondément et semblait se limiter, dans le grand trochanter et dans le col du fémur, à certains départements.

Dans l'os malade, il est encore plus difficile de faire pénétrer une substance médicamenteuse.

Quant au salol iodoformé, dans ce que M. Reynier pourrait appeler un évidement économique, il est probable qu'il a un bien petit rôle, puisqu'on l'a retrouvé à l'autopsie.

M. Routier, comme M. Félizet, estime que le salol est pour bien peu de chose dans la guérison de ces tuberculoses osseuses. Cette idée de combler la brèche faite est ancienne; on y a mis du plâtre, des alliages, mais tout cela a donné des résultats bien douteux, et il pense que si les malades de M. Reynier ont guéri plus vite, c'est qu'il a fait un nettoyage attentif avant d'introduire sa substance.

C'est aussi l'avis de M. Quenu, qui fait remarquer la facilité avec laquelle se comblent les pertes osseuses quand tout a été bien curetté. Il a été frappé de ce fait chez de nombreux enfants dont il a évidé le calcaneum. M. Reclus employait une pommade, comme M. Reynier emploie le salol iodoformé, et les résultats ont été douteux.

M. Reynier répond qu'il n'essaie pas de faire pénétrer profondément la substance médicamenteuse. Il la verse simplemement dans la brèche. Les alliages de métaux et le plâtre ne peuvent être comparés au salol iodoformé; ce sont des corps étrangers, plus difficiles à supporter par les tissus.

— *La luxation congénitale de la hanche* fait ensuite l'objet d'une communication de M. Broca. L'importance même de la question soulevée fait que la discussion, sur la demande de M. Kirmisson, est inscrite à l'ordre du jour des séances

M. Broca, après avoir rappelé la théorie paralytique de Verneuil et l'avoir rejetée, se place sur le terrain clinique et distingue deux cas bien nets : ou la tête se fixe et la fonction devient convenable, la marche est possible; ou la tête non fixée remonte progressivement en haut; c'est le bassin qui descend sur elle et la fonction n'est plus possible. Voila ce qu'on sait.

Quant à la fréquence de cette lésion, elle est beaucoup plus grande qu'on ne le croit. Parise, dans une statistique faite aux Enfants Assistés, à l'aide d'autopsies, a trouvé qu'il y avait 1 luxation congénitale sur 100, ce qui est considérable, si on songe à la fréquence relative des autres malformations, celle de l'imperforation anale, par exemple, qui, d'après Trélat, ne se rencontrerait qu'une fois sur dix mille enfants.

La thérapeutique de la luxation congénitale de la hanche est décevante, nous dit M. Broca, et il fait un tableau des insuccès de l'orthopédie, qui n'a à son actif que deux procédés qu'on puisse retenir : celui de M. Pacci et celui de Lorenz. Ces deux procédés ont semblé donner des succès; mais il faut attendre pour les juger.

M. Broca, dans ce moment, expérimente le procédé de Lorenz qui, après avoir placé le membre dans l'abduction forcée, le fixe dans cette situation par un appareil plâtré et force ainsi la tête à rester en présence du cotyle. Celui-ci, par le fait même du poids du corps, va se mouler sur la tête fémorale, une cavité va se creuser, qui maintiendra le fémur en bonne situation.

Voilà le but que l'on se propose, mais difficile à obtenir. Oh combien ! quand on se rend compte des malformations trouvées à l'autopsie. Que voit-on, en effet? Une cavité qui n'existe pas, aplatie qu'elle est, ou, s'il y en a un vestige, trop petite pour une tête fémorale élargie qui ne peut y rentrer. Et alors, quelle facilité pour le fémur à glisser dans la fosse iliaque.

Toutefois, Lorenz, chez les jeunes enfants — et il n'y a que chez eux qu'il emploie son procédé, — aurait eu des succès; et le fait capital de son procédé, c'est qu'il ne garde pas les enfants étendus pendant de longs mois, mais qu'avec l'appareil qu'il leur applique, ces enfants peuvent marcher.

M. Broca aborde ensuite l'intervention sanglante et commence par mettre ceci en relief : que le point capital est de fixer la tête, car ce n'est pas le léger raccourcissement occasionné par le déplacement qui détermine la boiterie.

On a essayé bien des procédés pour fixer cette tête. Margary a fait la résection et a fixé l'extrémité supérieure du fémur dans le cotyle. M. Broca a fait trois fois cette intervention et n'en a retiré que des résultats nuls ou médiocres. Mais pourquoi faisait-on cette résection ? Parce que, pendant l'opération, il était impossible d'abaisser la tête fémorale et de la mettre en présence du cotyle.

Aussi, à l'heure actuelle, le point important du traitement consiste dans l'extension forcée. M. Broca la pratique par le procédé de Hennequin, et arrive ainsi à descendre suffisamment le fémur.

Ceci fait, on peut opérer, et deux procédés ont été tour à tour employés : celui d'Hoffa et celui de Lorenz.

Hoffa croyait trouver dans les muscles pelvi-trochantériens rétractés la cause de la non réduction de la tête fémorale; aussi désinsérait-il ces muscles au grand trochanter. Mais il se basait sur une erreur : ce ne sont pas les muscles pelvi-trochantériens qui empêchent la tête de descendre et d'être placée dans le cotyle; et, au contraire, la section des muscles fessiers est nuisible, car ces muscles sont nécessaires pour la marche qui devient plus disgracieuse quand ils n'agissent plus.

Lorenz a compris la nécessité de respecter les muscles fessiers, et pour arriver sur l'articulation, il passe entre le fascia lata et les fessiers; c'est ce que se propose désormais de faire M. Broca, qui, jusqu'ici, a sectionné temporairement le grand trochanter pour obtenir la réduction.

L'incision de Lorenz a un grand avantage, c'est qu'elle permet le drainage facile de la plaie. Or, dans l'intervention sanglante, il n'y a que la septicité à redouter.

Cette septicité a donné des morts à tous les chirurgiens dans leurs premières opérations; mais la pratique permet de les éviter, et à l'heure actuelle, Lorenz a une série de 100 opérations sans un seul décès.

Quant au résultat, il porte sur deux points : la boiterie et la marche sans fatigue. Quand on peut arriver à obtenir la disparition de la première et la possibilité de la seconde, c'est l'idéal; sur 37 opérations, il n'a obtenu ce résultat que deux fois.

Ce qu'on peut promettre, c'est la marche pour un enfant qui avant l'opération ne faisait que quelques pas, et une amélioration de la boiterie qui n'est plus disgracieuse.

En résumé, nous dit M. Broca, chez les enfants tout jeunes, dont l'articulation est souple, il faut essayer la méthode de Lorenz.

Chez ceux plus âgés dont les symptômes s'aggravent, qui ont des poussées douloureuses, il faut intervenir par l'opération sanglante. Eugène Rochard

* * *

— La prochaine séance n'aura pas lieu le mercredi de Pâques, mais le mercredi suivant 15 avril.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

Rapport. — 1° M. Richelot : de la laryngotomie intercricothyroïdienne (M. Gougenheim). — 2° M. Michaux : Cholédocotomie (M. Lejars).

Communications. — M. Delorme : Luxation traumatique de la hanche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1896

C'est à une période tardive qu'apparaissent ordinairement les *complications osseuses de la fièvre typhoïde*. Dans un cas que M. Widal vient d'observer, c'est cependant en pleine évolution d'une fièvre typhoïde prolongée qu'on a vu se développer une ostéite costale. La malade était au vingt-septième jour d'une dothiénentérie grave : la température oscillait autour de 39°; on s'aperçut à ce moment de l'existence, au niveau de la neuvième côte gauche, en arrière, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, d'une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf, et dont le grand axe suivait la direction de la côte. Cette tumeur, dure et se confondant avec le tissu osseux, s'accrut encore pendant quelques jours puis diminua rapidement, de telle sorte qu'au moment de la défervescence, qui se fit au quarante-et-unieme jour, elle était à peine appréciable; quelques jours après le début de la convalescence elle avait complètement disparu.

Ce fait est intéressant, tout d'abord, par la précocité d'apparition de la composition osseuse; en outre, par la rapidité d'évolution de cette ostéite, et enfin, par sa disparition, au moment de la défervescence.

— M. Hayem rapporte ensuite deux faits d'*anémie pernicieuse progressive*, en rapport avec des lésions gastriques. On sait que dans bien des cas, la pathogénie de cette affection reste complètement inconnue; la cause échappe et l'on dit alors qu'il s'agit d'anémie pernicieuse protopathique.

Il en était ainsi dans les deux faits observés par M. Hayem, et qui se terminèrent tous deux par la mort. Or, dans l'un, — il s'agissait d'une femme âgée, — l'autopsie révéla des lésions graves de l'estomac, constituant ce que l'on a décrit sous le nom d'atrophie gastrique, de phtisie gastrique. Dans l'autre, — la malade avait trente trois ans, — on trouva des lésions de gastrite mixte, dégénératives par places, prolifératives en d'autres, mais les glandes étaient conservées; il n'y avait pas d'atrophie gastrique.

L'atrophie gastrique ne peut donc expliquer, ainsi que l'ont voulu certains auteurs, tous les cas d'anémie pernicieuse. Mais il faut remarquer que dans ces deux faits les lésions stomacales pouvaient seules expliquer la déglobulisation rapide.

Dans d'autres cas, il n'existe pas de lésions gastriques. Il en était ainsi chez deux malades de M. Ménétrier; tous deux succombèrent à une anémie pernicieuse progressive. Or, l'examen macroscopique et microscopique de l'estomac n'y firent découvrir aucune altération.

— Le fait que rapporte M. Rendu est un exemple curieux de *manifestation localisée de l'urémie*. Il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans, qui fut frappé brusquement, le 24 mai dernier, d'une attaque apoplectiforme. Après la disparition du coma, on constata une aphasie accompagnée de monoplégie brachiale droite. Les urines renfermaient des traces d'albumine. M. Rendu porta le diagnostic d'embolie cérébrale.

Quinze jours plus tard, le malade fut pris, sans cause appréciable, d'une dyspnée intense sans bruits pulmonaires anormaux, mais les urines étaient fortement albumineuses. Il s'agissait d'une dyspnée toxique, urémique; une saignée de 200 grammes, des injections de sérum artificiel, l'administration de la lactose, firent rapidement disparaître ces accidents. M. Rendu supposa alors que l'aphasie pouvait être due, elle aussi, à l'urémie. L'évolution de l'affection donna raison à cette hypothèse. En effet, l'aphasie rétrocéda, quelque temps après, au moment, même où la diurèse devenait abondante et où l'albumine disparaissait des urines. L'aphasie disparut complètement quand les fonctions rénales furent tout à fait rétablies.

Il serait bien difficile, ainsi que le dit M. Rendu, d'attribuer à une embolie cérébrale les phénomènes observés. Leur évolution, parallèle à celle de l'urémie, permet, au contraire, de considérer celle-ci comme leur cause même; il s'agissait d'accidents urémiques pour ainsi dire localisés.

Dans les maladies infectieuses, d'ailleurs, ainsi que le fait ressortir M. Hanot, l'aphasie peut se montrer indépendante de toute lésion artérielle, et due soit à l'action des microbes eux-mêmes, soit à l'action de leurs toxines sur les centres nerveux. M. Hanot en a, pour sa part, observé plusieurs exemples. Il est logique de penser que toutes les intoxications, et, en particulier, l'intoxication urémique, peuvent agir d'une façon analogue aux toxines microbiennes et produire, comme elles, des phénomènes nerveux, tels que ceux que M. Rendu a observés chez son malade.

Chez un cholérique, M. Duflocq a vu une aphasie légère. Or, il n'existait aucune lésion anatomique, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à l'autopsie.

— Au cours de la séance, M. Hanot a rapporté un cas d'*ictère grave hyperthermique* développé dans le cours d'un cancer secondaire du foie.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. Mathieu est revenu sur le traitement de l'hyperchlorhydrie. Il a fait ressortir quel rôle considérable joue l'innervation dans les modifications de la motilité et de l'activité sécrétoire de l'estomac; les lésions de la muqueuse peuvent exister, mais le système nerveux n'en joue pas moins un rôle très important, comme le prouvent, entre autres, les observations de Pollier, qui arrive à arrêter pendant quelque temps, par suggestion, la digestion chez une hystérique. On doit distinguer soigneusement, au point de vue du pronostic, les cas d'hyperchlorhydrie où il y a des lésions de la muqueuse stomacale et ceux d'hyperchlorhydrie simple.

Le lait peut être mal digéré pendant les crises d'hyperchlorhydrie. Cela tient au mode d'administration. Pour éviter la formation d'un gros caillot de caséine mal toléré et provoquant des crises douloureuses, M. Mathieu conseille d'agir de la façon suivante : additionner chaque litre de lait de 100 grammes d'eau de chaux, et donner un demi-litre toutes les trois heures; ce demi-litre sera ingéré en quinze à vingt minutes, par gorgées successives, et l'on obtiendra de la sorte de petits caillots faciles à digérer. L'eau de chaux diminue l'hyperacidité; quant au lait, il dilue, en qualité de liquide, le suc gastrique par action physique, et entre, en outre, en combinaison avec l'acide chlorhydrique au moyen des albuminoïdes qu'il contient. Le lait n'agit donc pas comme alcalin; il donne, d'ailleurs, naissance à l'acide lactique, et, des recherches qu'a fait instituer M. Mathieu, il résulte que l'acidité des urines augmente après les repas à base de lait. L'acide lactique étant moins irritant que l'acide chlorhydrique, provoque moins de douleurs; cependant il arrive que certains malades ne supportent même pas la présence de cet acide dans leur estomac.

L'hyperacidité sera, en outre, combattue par les alcalins à haute dose; ici encore le mode d'administration joue un

rôle capital On donnera 5 grammes de magnésie calcinée ou de craie préparée, mélangés à 20 grammes de bicarbonate de soude, au moment où les douleurs vont apparaître (ce moment est toujours perçu nettement par les malades). Grâce à cette pratique, le malade tolérera le lait, les phases douloureuses seront atténuées ou même supprimées, et on arrivera ainsi progressivement à une alimentation plus normale. L'intolérance des malades pour le lait peut tenir à deux causes : un dégoût invincible ou la perte de confiance dans l'efficacité du régime lacté. Dans le second cas, il suffit de démontrer au malade qu'il supportera très bien le lait si on le lui donne comme l'indique M. Mathieu. C'est là une fausse intolérance. Sur plus de 100 cas, M. Mathieu n'a observé que 2 cas d'intolérance vraie du lait.

— M. Bardet a mis une fois de plus en évidence les dangers de la médication antipyrétique pratiquée avec les médicaments aromatiques. Il s'élève contre l'opinion qui laisserait supposer que les antipyrétiques ne sont dangereux que par une action toxique accessoire. C'est la méthode elle-même que l'on doit craindre, et non pas seulement certains antipyrétiques, car il sera toujours dangereux pour l'organisme d'employer des médicaments capables d'entraver les oxydations. Pour le prouver, il suffit de rappeler ce qui se passe dans le processus fièvre. L'élévation thermique est le moins important des phénomènes dans la plupart des cas, mais il en est tout autrement des phénomènes d'intoxication dus aux leucomaines toxiniques qui encombrent les tissus; ce sont ces matériaux auxquels il faut joindre les matières extractives résultant de l'hydratation, c'est-à-dire d'une combustion incomplète, qui sont la véritable cause de l'état infectieux du sujet.

Or, la véritable indication thérapeutique est de favoriser l'élimination de ces matières toxiques. Comme elles sont peu solubles, il est nécessaire de les rendre éliminables par transformation, et pour cela, on n'a, comme l'a démontré M. A. Robin, qu'un seul moyen : favoriser les oxydations qui brûleront les produits toxiques en les transformant ainsi en substances solubles non dangereuses. Les antipyrétiques aromatiques ont justement pour effet d'empêcher ces oxydations et, par conséquent, d'arrêter un procédé de défense de l'organisme. En raison même de cette propriété, ces médicaments devront toujours être bannis de la thérapeutique rationnelle des affections fébriles. Le processus thermique est bien, comme l'a rappelé M. Ferrand, un phénomène favorable que, dans 90 % des cas, on devra surveiller, mais non pas entraver. Mais il est bien évident que si la température s'élève au point de mettre la vie du malade en danger, il deviendra nécessaire d'aviser ; il en sera de même quand la prolongation de la haute température pourrait amener un état inquiétant de déchéance. C'est alors que l'on utilisera avec avantage les bains froids; ils soustraient du calorique, mais, en même temps, ils maintiennent les phénomènes d'oxydation si nécessaire à l'évolution normale de l'accès infectieux.

Dans ces conditions, le phénomène utile de l'exagération des combustions est conservé, et, en réalité, le bain froid intervient seulement pour dissimuler le phénomène qui n'en persiste pas moins, malgré la disparition de l'hyperthermie.

En résumé, la thérapeutique doit rejeter absolument les aromatiques comme médicaments antipyrétiques, non parce qu'ils sont toxiques, mais bien parce que le principe même de l'antipyrexie est vicieux. Ces médicaments doivent être exclusivement réservés comme analgésiques.

— M. Bolognesi a fait une étude comparée des traitements de l'érysipèle et de la sérothérapie dans cette affection. Pour notre confrère, la thérapeutique de l'érysipèle doit être ainsi divisée suivant les formes de la maladie :

1° Les cas bénins, érysipèles atténués primitifs ou secondaires, sont justiciables de tous les traitements locaux, à la condition qu'ils ne soient pas nuisibles pour le tégument externe; il faut préférer l'ichthyol en pommade, qui agit favorablement sur l'exanthème érysipélateux;

2° Les cas franchement aigus, légitimes, à marche cyclique, qui sont justiciables du traitement de Juhel-Renoy, la traumaticine à l'ichthyol, traitement qui fait avorter la maladie dans plus de la moitié des cas;

3° Les cas graves, qui sont justiciables du traitement par les bains froids de douze à quinze minutes, donnés à 18° toutes les trois heures, avec affusions froides sur la nuque; dans les cas très graves, compliqués d'anurie, d'affolement cardiaque, le bain à 18° donné toutes les deux heures, d'une durée de cinq à sept minutes seulement, avec affusion sur le bulbe pendant toute la durée du bain, en un mot, le bain des moribonds, devra remplacer le bain de toutes les trois heures, pendant la durée des accidents qui menacent la vie du malade.

On pourra également joindre à la balnéothérapie les traitements locaux habituels, qui agiront de leur côté sur l'exanthème.

M. Bolognesi considère que la sérothérapie n'a pas réellement fait ses preuves. Il faudrait pour cela qu'elle ait guéri les formes graves de l'érysipèle, qu'on ne comprenne pas dans les statistiques tous les cas, y compris les cas atténués, qui guérissent tout seuls.

En 1893, la mortalité due aux érysipèles a été de 3,5 %; en 1895, elle a été de 3,22 %. Ces chiffres concordent absolument avec le taux de la mortalité habituelle, qui varie de 2 à 4 %.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez à l'un de vos anciens abonnés de vous faire part des réflexions que lui suggère la feuille des contributions directes, pour 1896, qu'il a reçue hier soir.

Je prendrai seulement le chiffre de ces contributions à partir de 1890 :

En 1890.

Cote mobilière sur un loyer de 2,820 francs...	338 f 11
Patente	473 39
Timbre	» 05
Total	811 f 55

En 1891.

Cote mobilière sur un loyer de 2,880 francs...	346 f 75
Patente	473 39
Timbre	» 05
Total	820 f 19

Je passe les années 1892, 1893 et 1894, où l'augmentation suit son cours régulier.

En 1895.

Cote mobilière sur un loyer de 2,880 francs...	358 f 27
Patente	484 82
Timbre	» 05
Total	843 f 14

En 1896.

Cote mobilière sur un loyer de 2,880 francs...	362 f 35
Patente	484 82
TOTAL..	847 f 17

Ainsi, dans l'espace de six ans, j'ai vu mon impôt professionnel passer de 811 fr. 55 à 847 fr. 17, soit 35 fr. 62 d'augmentation en six ans.

Si ce n'est pas l'impôt progressif, je ne m'y connais plus.

Il est possible que cela ne fera que croître et embellir. Or, dans quelques années, comment pourra-t-on payer ses contributions, nous pauvres diables de médecins, dont les recettes deviennent presque nulles, par suite de la concurrence à Paris des médecins étrangers? et surtout par suite de la gêne des malades, qui, tous, vont se faire soigner gratuitement dans les hôpitaux, dans les cliniques plus ou moins gratuites? Et ils ont raison, puisqu'on leur offre tout pour rien.

Seules la patente médicale et les contributions augmentent en raison inverse du *casuel* des recettes.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués. Dr X...

ÉCHOS & NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — A été promu au grade de directeur du service de santé : M. le Dr Talairach, médecin en chef de la marine, en remplacement de M. le Dr Brassac, retraité.

Donation à l'Académie. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de la dite Académie, la donation d'une rente de 24,000 francs (soit un capital de 800,000 francs), faite par Mme Jouanique, veuve Audiffred, pour la fondation d'un prix qui portera le nom : « Prix François-Joseph Audiffred ».

Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 28 janvier 1896, aura découvert un remède, curatif ou préventif, reconnu par l'Académie de médecine comme efficace et souverain contre la tuberculose.

Jusqu'au jour où, la découverte ayant eu lieu, les dits 24,000 francs de rente recevront cette affectation, les arrérages, depuis et y compris ceux de la première échéance, en appartiendront à l'Académie, qui en fera l'usage que bon lui semblera.

Banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — Sur la demande d'un certain nombre de collègues, et à titre d'essai, le banquet de cette année n'aura pas lieu le samedi de Pâques, date ordinaire, mais est reporté au 25 avril, dernier samedi du mois.

Le banquet aura lieu chez Marguery, sous la présidence du Dr Pamard, d'Avignon. Le prix de la cotisation pour les internes en exercice a été abaissé, cette année, à 12 fr.

L'Assemblée générale de l'Association amicale est, par suite, également reportée au même jour, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

Association médicale mutuelle de la Seine. — L'Association, qui, au 31 décembre 1895, avait en caisse 155,560 francs, possède actuellement plus de 160,000 francs. Elle compte 362 membres participants. Elle a payé cette année l'indemnité-maladie à 34 malades, qui se sont partagé la somme de 18,710 francs.

Depuis sa fondation, qui remonte à neuf ans, l'Association a versé près de 90,000 francs d'indemnités à ses associés malades.

Incendie à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille. — L'admirable monument historique qu'était l'église Saint-Sauveur de Lille vient d'être entièrement détruit par un incendie. L'hôpital Saint-Sauveur n'a pu être préservé de cet épouvantable sinistre, dont nos lecteurs ont appris toute l'étendue par les journaux quotidiens.

Cet hôpital, appartenant entièrement aux cliniques de la Faculté de l'État, était composé d'une série de vieux bâtiments, aussi mal disposés que possible pour l'usage auquel ils étaient destinés. Adossés aux anciens remparts, ils se trouvaient dans l'un des quartiers les plus vieux et les plus populeux de Lille; ils manquaient absolument d'air et de lumière.

Le feu a trouvé là un aliment facile; en moins d'une heure, toute une aile des bâtiments avait disparu. Heureusement, grâce à la promptitude des secours, grâce au dévouement du personnel médical, tous les malades ont pu être évacués dans des bâtiments voisins, provisoirement, et, plus tard, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

En somme, au point de vue des bâtiments de l'hôpital qui étaient en partie assurés, nous n'avons rien à regretter. Les étudiants, en revanche, seront plus éprouvés, car le professeur Folet avait pu, en s'entourant d'auxiliaires dévoués, y organiser une clinique chirurgicale répondant autant que possible aux *desiderata* de la chirurgie moderne; de même le professeur de Lapersonne pour l'ophtalmologie; de même le professeur Leloir, pour la dermatologie.

Il y a tout lieu d'espérer que la Commission administrative des hôpitaux et l'Administration municipale vont profiter de l'occasion qui se présente à elles, non pas pour faire un replâtrage de l'ancien hôpital, mais pour construire, dans les meilleures conditions possibles, un hôpital de cliniques modèle, digne de l'enseignement qui y sera donné. (*Presse médicale.*)

Asile Sainte-Anne. — M. le Dr Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté, à l'asile Sainte-Anne, commencera, le samedi 18 avril 1896, à 9 heures 1/2 du matin, un cours complet et élémentaire d'aliénation mentale, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure, avant la leçon de M. le professeur Joffroy.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

DU DIAGNOSTIC
DES
AFFECTIONS INTRA-ABDOMINALES
Qui, par leurs accidents aigus, sont du ressort immédiat de la chirurgie.

Nous laisserons de côté toutes les affections intra-abdominales qui ont peu à peu envahi la paroi et y ont déterminé des manifestations inflammatoires.

Le diagnostic beaucoup plus important à faire est celui des affections aiguës intra-abdominales qui se manifestent par des réactions péritonéales rapidement graves et dans lesquelles le succès dépend de la rapidité de l'intervention.

Aussi allons-nous mettre le clinicien en face d'une femme qui se présente à lui, avec les traits tirés, les yeux excavés, du météorisme, des douleurs abdominales aiguës, le pouls précipité, dans un état nauséeux qui détermine des vomissements réitérés.

Bien des affections peuvent présenter ce tableau symptomatique avec des signes plus ou moins accentués, et il est nécessaire de les différencier les unes des autres.

Le premier point à élucider est d'abord le suivant : *Y a-t-il ou non occlusion intestinale aiguë?*

L'interrogatoire de la malade va répondre immédiatement à cette question. Dans le cas d'occlusion intestinale, elle dira, en effet, que depuis un temps donné (vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures) non seulement elle n'a pas eu de selles, mais encore elle n'a pas rendu le moindre gaz par l'anus. (Il est très important d'insister sur l'émission par l'anus, car si on se borne à lui demander si elle a rendu des gaz, elle répond que oui, à cause des éructations qu'elle a.)

A. — Il n'existe pas d'occlusion intestinale. — Les traits du visage sont altérés, la coloration des téguments est particulière, elle est terreuse comme dans les infections. Il existe des vomissements comme dans l'occlusion, mais ceux-ci sont plus espacés, bilieux, porracés même, mais *jamais fécaloïdes*. Quelques gaz sont émis par l'anus, et les garde-robes peuvent se montrer. Le météorisme est moins considérable. Les douleurs sont en général moins vives.

Quand on a affaire à une femme, il faut immédiatement pratiquer le toucher vaginal, qui va permettre de savoir si les organes génitaux sont en cause. Les *métro-salpingites*, les *hématocèles péri-utérines*, les *kystes de l'ovaire enflammés*, donnent très souvent ce cortège de symptômes péritonéaux. Il faudra donc, par le toucher, diagnostiquer ces dif-

FEUILLETON

Histoire recueillie en vacances.

L'occasion qui me fut récemment offerte de faire à une pauvre jeune femme la charité d'un coup de bistouri, m'a mis en présence d'une misere et d'un deuil d'une touchante simplicité et supportés avec la tranquille ré-ignation des gens habitués à souffrir, auxquels il doit sembler que la douleur et le chagrin sont l'essence et comme la matière même de la vie.

Des trois personnages de ce petit drame, deux, le père et la mère, — l'enfant est mort trop tôt pour avoir eu conscience de son être — ont une histoire aussi navrante que banale, à peine éclairée un moment par quelques pâles rayons de ce soleil sans chaleur qui est la joie de certains prédestinés de l'infortune.

Il y a un peu moins de vingt-cinq ans, la mère d'un de mes amis, qui habite une importante ville maritime, recevait la visite d'une dame inconnue, de mise élégante et d'allures distinguées, qui désirait louer, pour la saison d'été, une maisonnette pres de la mer. Cette dame avait deux enfants; l'un était un superbe petit garçon de huit à neuf ans, vêtu avec une coûteuse recherche; l'autre, un garçon aussi, avait à peine quelques mois. Elle demanda, quand vint le moment où les premières brises d'automne mettent en fuite les baigneurs les plus endurcis, qu'on voulut bien l'aider à trouver une nourrice à qui elle put confier son bébé. L'air de la plage, disait-elle, avait si bien réussi à son enfant, sa santé, chétive au début, s'était si bien raffermie, qu'elle se serait cru coupable de ne point l'en laisser profiter davantage, et, si cruel que cela lui fût, elle voulait le laisser là toute une grande année, jusqu'à l'été suivant, où elle viendrait le reprendre, grandi et vigoureux. La nourrice fut trouvée et la mère partit, après avoir laissé chez mon ami une somme suffisante à payer pendant cinq ou six mois les gages convenus; elle avait aussi laissé une adresse où on pourrait lui écrire pour donner des nouvelles de l'enfant ou demander l'argent dont on aurait besoin.

férentes affections, causes des accidents que nous avons signalés.

Si on ne trouve rien du côté de l'utérus ou des annexes, il faudra porter son attention du côté du cœcum. *L'appendicite* et la *typhlite* seront reconnus par la palpation de la fosse iliaque droite qui y détermine presque toujours une douleur plus intense que dans les autres points de l'abdomen. Le palper permet aussi de reconnaître un empâtement particulier de la région et quelquefois même une tuméfaction qui ne laisse pas de doute. Il faut savoir que le météorisme peut être à peine apparent ou même ne pas exister, et qu'on peut même constater de la contracture des muscles du côté droit de l'abdomen. Les comémoratifs ont dans ce diagnostic une grande importance. Ils dévoileront l'existence d'une ou de plusieurs attaques douloureuses antérieures. Ils montreront le mauvais état de l'intestin se manifestant par de la diarrhée et de mauvaise digestion. Ils apprendront enfin le début souvent brusque de la crise qui succède à un effort pour soulever un poids, ou qui se montre après un repas plus copieux que d'ordinaire.

Si l'examen attentif de la région cœcale n'a apporté aucun renseignement, on devra songer à une péritonite plus ou moins circonscrite.

Parmi celles-ci, la *péritonite tuberculeuse* doit toujours être recherchée, car elle est susceptible, dans sa forme aiguë ou pendant une poussée, de donner lieu aux réactions péritonéales que nous étudions. La lenteur de l'évolution, la présence de l'ascite, la nature des douleurs, qui sont moins vives, l'état général du sujet, permettront de faire le diagnostic.

Enfin, il faut savoir que les *infections du foie* sont susceptibles de donner naissance à de la périhépatite qui se traduit aussi par des symptômes péritonéaux et examiner le foie avec grand soin, quand la douleur a débuté à son niveau et qu'on ne trouve pas ailleurs la cause des accidents qui se présentent.

B. — Il existe une occlusion intestinale qui se manifeste par d'autres signes que l'arrêt des matières et des gaz. Les vomissements, d'alimentaires, de bilieux qu'ils étaient au début, ne tardent pas à devenir franchement fécaloïdes, le météorisme est considérable. Il y a donc un obstacle au cours des matières; cet obstacle, il faut chercher à le connaître, mais auparavant, il faut savoir qu'il existe des paralysies intestinales marquées par la péritonite qui produisent ce qu'on a appelé la PSEUDO-OCCLUSION, la fausse *occlusion intestinale*. La *péritonite par perforation* en est un type. Celle-ci se distinguera de l'occlusion intestinale vraie, aux caractères suivants: les vomissements, quoique pouvant devenir fécaloïdes dans la péritonite par perforation, revêtent moins habituellement ce caractère et peuvent rester longtemps bilieux. Dans un certain nombre de cas, les malades ont pu rendre quelques gaz par l'anus. Le météorisme est moins considérable que dans l'occlusion. La sonorité n'occupe pas toute l'étendue de l'abdomen, et, comme l'a signalé Duplay, il existe parfois dans les régions des flancs, dans l'hypogastre, de la matité, indice d'un épanchement péritonéal; on trouve aussi quelquefois le bruit hydroaérique (voir *exploration du péritoine*). De plus, les accidents débutent par une douleur extrêmement vive, qui peut être bien localisée en un point de l'abdomen, caractère qui ne se présente que rarement dans l'étranglement interne. Enfin, le thermomètre peut donner des indices en montrant dans le cas de péritonite, une élévation plus ou moins grande de la température, qui reste normale ou qui s'abaisse dans l'occlusion intestinale vraie.

Elle répondit très brièvement aux premières lettres, mais avec une ponctualité qui écartait tout soupçon. Bientôt ses réponses se firent rares, puis elle cessa tout à fait d'écrire, quand la provision qu'elle avait laissée en partant fut épuisée et qu'on la pria de la renouveler. Aucun appel ne fut entendu. Au bout de quelques mois, cependant, une lettre d'elle arriva. On lui avait fait, quelques jours auparavant, parvenir une demande plus pressante encore que les autres. On en avait appelé de son cœur à sa fierté; la mère de mon ami, qui prélevait sur un budget assez modeste les sommes nécessaires à l'entretien de l'enfant, lui disait la gêne réelle où cela la réduisait. Et la venue de cette lettre avait fait naître un espoir... On y trouva l'injonction formelle de mettre le petit à l'hôpital et l'ironique conseil « de ne pas se montrer pour lui plus délicat que ne l'était sa mère ». La lettre indignée qu'on lui écrivit alors fut retournée sans avoir été ouverte, avec la mention administrative : *inconnue à l'adresse indiquée*. Et jamais plus on n'entendit parler de cette femme.

Cependant la nourrice, très pauvre, s'était résolue à déposer son nourrisson à l'hospice. Elle en était revenue le cœur bien gros et les yeux un peu rouges, car elle s'était attachée au malheureux bébé de toute la force de son affection de brave femme qu'avivait encore la pitié. Et souvent elle allait voir l'enfant, le quittant chaque fois avec plus de chagrin et de regrets. Un jour, elle fut moins forte que sa peine, ne sut pas dénouer les bras que le petit abandonné avait jetés à son cou, et l'emporta. Elle l'éleva avec ses enfants et l'aima comme eux; mais le travail et les privations l'usèrent vite et, lorsqu'elle mourut, son enfant d'adoption n'avait pas encore quatorze ans.

On ne fut pas indifférent à ce nouveau malheur. La famille qui, la première, avait eu à s'occuper de lui, multiplia les démarches et put le faire admettre à l'école des mousses de la marine de l'État. La discipline y est rude et l'existence dure, mais c'était la vie assurée; et, de loin en loin, aux rares jours de sortie des enfants qui n'ont pas de famille, il venait chez ses bienfaiteurs et avait là quelques heures de répit et de paix dans une atmosphère de sympathie charitable. Le repas qu'il y prenait, à la table de la maison, lui semblait un festin de riches, et il retournait plus gaiement sur son vaisseau, le soir, réconforté d'affec-

L'histoire de la maladie pourra mettre sur la voie. On peut être en présence d'une perforation causée par une *fièvre typhoïde* ou due à un *ulcère de l'estomac*; mais, dans la majorité des cas, on aura affaire à une *perforation de l'appendice*, qui sera soupçonnée par l'existence possible de coliques appendiculaires antérieures par la soudaineté de l'attaque prenant l'individu, pour ainsi dire, en pleine santé, par la localisation de la douleur, à droite, et aussi par l'âge du sujet.

On a reconnu qu'on avait affaire à une occlusion intestinale vraie, après avoir, bien entendu, écarté les accidents d'un empoisonnement ou les symptômes du choléra, il faut s'efforcer de savoir la variété d'occlusion aiguë devant laquelle on se trouve.

On commencera par visiter avec soin tous les orifices susceptibles de donner lieu à une *hernie étranglée*; les anneaux inguinaux, cruraux, l'ombilic et la ligne blanche; au niveau du canal inguinal, on palpera avec soin les parties, en songeant à la possibilité d'une hernie interstitielle, surtout si le malade est cryptorchide, on dirigera son interrogatoire du côté de la réduction en masse possible du sac herniaire et de son contenu, surtout si le taxis a été pratiqué. Enfin on pratiquera ou on fera pratiquer par un aide, à cause de l'intervention possible, un toucher rectal soigneux, qui dénotera l'absence d'un obstacle de ce côté, soit l'invagination, soit le rétrécissement; cela fait, on s'efforcera de diagnostiquer la variété d'occlusion intestinale à laquelle on a affaire. *Est-ce une invagination, un volvulus, un étranglement causé par une bride, par un diverticule ou par un anneau accidentel?*

L'*invagination* seule, comme l'a fait remarquer Duplay avec grande autorité, pourra être reconnue avec quelque certitude aux symptômes suivants : l'occlusion est généralement incomplète, le ballonnement du ventre n'est pas considérable. Il y a souvent des selles sanguinolentes, formées d'un mélange de mucus et de glaires; ces selles peuvent être accompagnées de ténesme. Dans beaucoup de cas, la palpation de l'abdomen permettra de constater une tumeur molle, douloureuse à la pression, un peu mobile et présentant la forme de boudin. Enfin, dans les invaginations iléocoliques et iléocœcales, les plus fréquentes du reste, on notera l'absence du cœcum et du colon ascendant dans le flanc droit et une certaine dépression de la fosse iliaque du même côté, ce qui contraste avec une saillie plus ou moins volumineuse du côté gauche. L'invagination est surtout fréquente chez les enfants.

Le *volvulus* ne donnera que des présomptions. Il siège très souvent sur l'S iliaque et se rencontre principalement dans l'âge adulte et la vieillesse. Wahl prétend que l'anse tordue se dilate énormément et que la palpation, sous l'anesthésie, permet de la reconnaitre. On a dit aussi que les vomissements étaient peu tardifs. Tous ces signes sont des plus douteux.

Nous en dirons de même pour l'*étranglement interne*, qu'il soit causé par un diverticule, par un anneau fibreux accidentel ou par une bride. On pourra le soupçonner à l'acuité de la douleur, à la soudaineté et à la rapidité d'apparition des symptômes. Tout au plus pourra-t-on penser à un *étranglement par bride*, quand on relèvera dans le passé du malade une poussée péritonéale, ou bien quand on aura affaire à une femme ayant subi une laparotomie.

L'*occlusion chronique* est, à un moment donné, susceptible de donner lieu aux signes de l'occlusion aiguë; mais les symptômes sont bien moins tran-

---

tueux conseils, les joues et le cœur réchauffés de baisers, la poche sonnante de quelques gros sous qu'on savait lui offrir comme un cadeau, non comme une aumône.

Devenu jeune homme, il entra au service comme matelot et vécut, depuis cette époque, de la saine et forte vie des marins, presque heureux, d'une santé solide, bien que la misère de sa petite enfance eût pour jamais imprimé sa marque dans l'exiguité de sa taille, dans la timidité et la tristesse de son regard.

C'est une tradition bien ancienne et qui n'est pas près de se perdre dans la marine, que lorsque un bâtiment revient d'une campagne lointaine, l'équipage donne un bal ou, à la veille du désarmement et de la séparation définitive, tout le monde, matelots et officiers, se trouve joyeusement réuni. Ceux-là se font une fête, ceux-ci un devoir d'y assister, et le commandant ne céderait à personne l'honneur d'ouvrir le bal avec la fille ou la sœur de l'un de ses hommes. Il faut avoir vu l'une de ces fêtes pour apprécier de quels liens tous ces rudes gens sont unis, de quelle confiante familiarité, d'une part, de quelle respectueuse cordialité, de l'autre, sont faites leurs relations, pour comprendre jusqu'où ils savent pouvoir compter les uns sur les autres, et ce que le pays pourrait demander à un pareil faisceau d'âmes et de muscles.

A l'un de ces bals s'ébaucha pour notre pauvre garçon l'idylle qui vient d'avoir son dénouement lugubre.

Il avait rencontré là une jeune fille marquée comme lui des stigmates d'une douloureuse enfance; un autre n'eût pas été attiré vers elle, mais il devina en la voyant un être frappé comme lui par le malheur, et trempé à d'égales épreuves. Elle n'avait ni cette gaité exhubérante, ni cette grâce vigoureuse, ni cette puissance d'allures qui, à défaut de la beauté des traits ou de l'élégance des formes, fait parfois si réel le charme des filles du peuple. Petite, presque craintive, l'animation des autres donnant, par contraste, un air de tristesse à la gravité calme de son maintien, elle semblait être venue là par curiosité plutôt que par plaisir.

Le spectacle valait d'ailleurs qu'on vint le voir, ne dût-on pas y être acteur, non seulement pour admirer l'immense salle décorée de drapeaux, de pièces d'armes et de fleurs, avec le goût si spécial et si sûr qui donne tant de cachet

chés; les vomissements plus tardivement fécaloïdes, le météorisme moins considérable.

En interrogeant le malade, on reconnaitra des troubles antérieurs, des accidents bien nets de fausse obstruction, avec un arrêt momentané du cours des matières et quelquefois même des gaz. Ces accidents se rencontrent principalement chez les personnes âgées, et dans la grande majorité des cas, on se trouve en présence d'un néoplasme du rectum que le toucher permettra de reconnaitre, ou des fosses iliaques que la palpation pourra déceler.

S'il s'agit d'un rétrécissement de l'intestin grêle ou du gros intestin, le diagnostic sera impossible; les troubles de la digestion, la marche lente et aggravante de l'affection, pourraient seuls donner quelque soupçon. Le rétrécissement du rectum sera toujours reconnu par le toucher.

Quant aux corps étrangers obstruant le calibre de l'intestin, les *calculs biliaires* seuls sont susceptibles de produire des accidents véritablement aigus. L'occlusion déterminée par la présence d'un cholélithe se reconnaîtra à ce qu'elle s'observe presque exclusivement chez les femmes ayant dépassé la seconde moitié de la vie. Loin d'avoir été précédée par des manifestations du côté du foie, l'ictère prémonitoire ou antérieur manque le plus souvent; mais on peut retrouver dans le passé de la malade l'apparition de douleurs dans l'hypochondre droit et assez souvent une première attaque de vomissements coïncidant avec une constipation opiniâtre. Enfin, un premier calcul biliaire a déjà pu être rendu dans les selles, ce qui permet de faire le diagnostic.

Signalons encore l'*occlusion par masses fécales*, qui est le type de l'occlusion chronique, mais qui cependant a pu donner lieu à des accidents aigus. On a affaire, en général, à des femmes très constipées, et la palpation du côlon dans ses différentes parties permet de constater une série de masses arrondies, échelonnées sur le gros intestin, d'une consistance dure, mais quelquefois assez pâteuse pour se déformer sous la pression.

Est-il possible de diagnostiquer le siège de l'occlusion?

On a décrit bien des signes devant permettre d'arriver à cette importante notion. On s'est appuyé sur *la localisation de la douleur au début*, sur *la date d'apparition et la nature des vomissements*, précoces et non fécaloïdes quand l'obstacle siège au commencement de l'intestin grêle; précoces et fécaloïdes quand il réside à la fin; tardifs et rapidement fécaloïdes quand il s'agit du gros intestin. L'observation contredit ces vues purement théoriques, et on peut en dire de même pour les urines, qui seraient d'autant plus rares que l'occlusion siège plus haut, à cause de la diminution de la surface d'absorption de l'intestin.

On a cru arriver par le *rectum* à pouvoir se rendre compte de l'obstacle en introduisant des *sondes*; la *main*, comme le voulait dangereusement Simon, ou des *liquides*. On a prétendu que la capacité du gros intestin étant de deux litres; suivant la quantité d'eau qui pénètre, on pourrait ou éliminer le gros intestin ou se rendre compte de la hauteur à laquelle il était bouché; mais la pratique n'a pas répondu à la théorie, car un intestin normal peut être intolérant et rejeter l'injection.

La forme du ventre a été invoquée par Laugier. L'abdomen serait proéminent en avant, dans les cas d'obstruction de l'intestin grêle; aplati et encadré par le gros intestin dilaté quand l'obstacle siège sur l'S iliaque ou au commencement du rectum. Malheureusement, le météorisme est tellement considé-

---

aux fêtes de la marine, non seulement pour y entendre un merveilleux orchestre militaire que Paris a quelquefois chaudement applaudi, la musique des équipages de la flotte, mais pour être témoin de la franche et saine joie de cette foule d'honnêtes et braves gens, se connaissant et s'aimant tous, sincères en leurs expansions, et pour qui cette fête est comme la récompense de labeurs vaillamment subis, de séparations bravement supportées, de dangers froidement affrontés; la fête du retour impatiemment désiré, anxieusement attendu; la fête des amis revus, des parents et des femmes retrouvés.

Lui fut ému de la voir immobile dans ce tourbillon, et comme isolée dans cette foule. Elle avait une robe noire toute simple mais gracieuse qu'elle avait taillée et cousue elle même, prolongeant pour cela ses veilles de chaque soir. Il l'invita; ils dansèrent, et, très vite, avec une absence absolue de fausses hontes et de fausses discrétions, dans une spontanéité de confiance instinctive, chacun d'eux apprit tout de l'autre.

Elle, n'avait là ni frère ni fiancé. Sa mère était morte en lui donnant une petite sœur, et peu après, son père aussi s'en était allé. Elle avait alors une dizaine d'années et se trouvait l'aînée des trois orphelins. Toutes ses ressources consistaient en une très petite pension que l'État continue à servir, jusqu'à leur majorité, aux enfants des marins. Des voisins, pauvres eux-mêmes, l'aidèrent de leurs bras, ne pouvant le faire de leur bourse. Pendant qu'elle travaillait au dehors, les femmes surveillaient les deux petits, jouant dans la rue avec les marmots du quartier; elles préparaient leurs maigres repas, faisaient dans l'étroit logis la part de grosse besogne que la faiblesse de la fillette ne lui eût pas permis d'accomplir. Quand elle fut jeune fille et que, la lente période de l'apprentissage terminée, elle commença à retirer de son travail un bien modeste profit, un nouveau désastre s'abattit sur elle. Elle apprit que son père, après son veuvage, avait contracté quelques dettes; que ce fut par inexpérience, inhabileté à gérer l'humble ménage, ou par besoin de s'étourdir ou de noyer son chagrin, de fuir la maison devenue déserte et froide, peu importe. Ces dettes étaient bien lourdes pour l'orpheline qui se promit cependant, dès le jour où son aiguille lui fit un salaire de les payer intégra-

rable que dans toutes les variétés d'occlusion, il donne la même forme au ventre.

Enfin, Bouveret (de Lyon) a attiré l'attention sur les signes de la *dilatation du cœcum*. Cette dilatation du cœcum indiquerait un obstacle sur le gros intestin; mais pour la déceler, il faut qu'il n'y ait pas ce ballonnement toujours précoce du ventre qui empêche les manœuvres nécessaires pour la reconnaitre.

Comme on le voit, il est presque impossible de dire où siège l'occlusion, ce qui pourtant a une grande importance pour le choix de l'intervention (laparotomie ou anus contre nature).

PROJET DE TAXE

DES HONORAIRES MÉDICAUX EN PRUSSE

Il n'est pas sans intérêt de mettre sous les yeux de nos lecteurs un projet de taxe établi par le ministre de l'Instruction publique de Prusse, sur les honoraires médicaux de l'Empire.

Cette taxe sauvegarde les intérêts des médecins en ce sens qu'elle fixe un minimum et un maximum d'honoraires, chiffres sur lesquels on pourra se baser en cas de litige.

Il est bien entendu que cette taxation n'est applicable que lorsqu'il n'y aura pas eu entente préalable entre le médecin et le client, et que le gouvernement de Prusse n'entend pas défendre à ses célébrités médicales de fixer elles-mêmes les honoraires qu'elles pensent devoir leur être dues.

Voici les chiffres que nous empruntons au *Bulletin Médical* :

« La première visite à un malade est taxée de 2 à 20 marks, et tout autre visite subséquente à la moitié de la première, soit 1 à 10 marks. Une consultation chez le médecin est tarifée aussi de 1 à 10 marks, et ce prix peut être augmenté de 2 à 5 marks si l'on a dû faire usage d'instruments (spéculum, ophtalmoscope, laryngoscope, etc.). Si la visite chez le malade se prolonge plus d'une demi-heure, elle donne lieu à un supplément de 1,50 à 3 marks par demi-heure. — S'il y a plusieurs malades à voir dans la famille, pour chaque malade en sus, les honoraires sont augmentés de moitié. — Les visites de nuit (faites entre neuf heures du soir et sept heures du matin) sont doublées ou triplées de prix. — Les visites pour lesquelles le malade ou ses parents ont fixé une heure spéciale sont payées le double des visites ordinaires. — Une consulation entre plusieurs médecins est payée à chacun de 5 à 30 marks.

« Le règlement entre dans les détails des indemnités de transport suivant les distances : pour les transports, on se base sur les tarifs locaux; pour le chemin de fer le voyage doit être payé en seconde classe et en première pour les bateaux ; ces prix doivent être majorés d'une somme de 1 m. 50 tant pour l'aller que pour le retour, et d'une autre somme de 1,50 à 3 marks par chaque demi-heure passée en route.

« Une vaccination, avec examen ultérieur et certificat, est taxée de 3 à 6 marks, et pour chaque personne vaccinée en sus de la première, le médecin doit recevoir de 1 à 2 marks.

« La taxation officielle énumère ensuite avec beaucoup de précision les opérations de petite et grande chirurgie, y compris celles des spécialités et de l'art dentaire. Nous ne pouvons reproduire ici tous les articles et nous nous bornerons à en citer quelques-uns : ouverture d'un abcès superficiel, 2 à 10 marks; d'un abcès profond, 10 à 50 marks; curettage, 2 à

---

lement, et qui tint sa promesse. Lorsqu'on sait par quels prodiges d'énergie, par quelle abnégation, quelles privations de toute nature, et quelles souffrances elle y réussit, sans jamais s'en être plainte ni s'en être jamais vantée, on ne peut s'empêcher de songer que beaucoup d'héroïsmes bruyants et honorés ne valent pas cet obscur et silencieux courage de plusieurs années.

Aujourd'hui elle avait accompli sa tâche; mais la petite sœur n'avait pas résisté au froid et à la faim trop souvent endurés, et le frère, qui s'était fait marin comme les autres, un jour était parti comme eux, mais ne devait jamais revenir. Et d'être venue à cette fête, ce soir, pour ne point dire non à ceux qui l'en avaient priée, cela faisait sa peine plus vive et plus présente; une larme était montée à ses paupières, dont elle s'excusait près de son danseur, comme d'une impolitesse.

Libres tous les deux, quand le bal prit fin, ils s'étaient fiancés; quelques semaines après, ils étaient mariés. Les enfants viennent vite aux malheureux : ils en eurent un il y a peu de jours. Ce devait leur être une grande joie et, comme le bonheur rend hardi, cet homme eut l'idée d'associer au sien ses bienfaiteurs. Il demanda à mon ami de vouloir bien que deux de ses enfants fussent parrain et marraine du nouveau-né, et je n'ai pas besoin de dire qu'on le lui accorda de grand cœur. Or je passais chez cet ami quelques jours de vacances que depuis longtemps il m'avait fait promettre de lui consacrer, et c'est ainsi que je fus, par hasard, et pour un instant, mêlé à la catastrophe qui devait survenir.

La naissance avait été pénible. Une sage-femme, vieille et sans soins, matrone pour pauvres, une de celles qui, dans les plis de leur robe, comme autrefois le Romain portait la paix et la guerre, portent l'infection puerpérale et la mort et les sèment en secouant leurs jupes, avait dû terminer artificiellement l'acte que la nature accomplissait trop lentement à son gré. Comment cela fut fait, on le soupçonne; et ce qu'il s'ensuivit, on le devine.

Après la délivrance, la mère pâle, exsangue, épuisée par les longues douleurs et l'hémorragie, était une proie jetée sans défense à la fièvre, si la fièvre se déclarait. C'est ce qui arriva. Pendant quelques jours, la moribonde se débattit entre le mal implacable et les soins ignorants

10 marks; suture et pansement d'une petite plaie, 2 à 10 marks; d'une grande, 10 à 30 marks, et moitié de ce chiffre pour chaque pansement consécutif; ponction de la plèvre, de l'abdomen, de la vessie, 15 à 30 marks; ablation de tumeurs, 20 à 200 marks; réduction et immobilisation de fractures des doigts, 2 à 10 marks; du bras ou de la jambe, 10 à 25 marks; du col du fémur, 20 à 50 marks, etc., etc.; amputation de membres, 30 à 200 marks; opérations sur les organes intra-abdominaux, ablation du larynx, lithotritie ou taille, 50 à 500 marks; cataracte ou glaucome, 50 à 300 marks; opération césarienne sur une femme vivante, 50 à 500 marks. »

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 7 AVRIL 1896

On a cru longtemps que l'*actinomycose* était exceptionnelle en France; M. PONCET soutient depuis plusieurs années qu'elle y est aussi fréquente que dans les autres pays, et il en a rapporté déjà un certain nombre de cas à l'Académie. Il communique aujourd'hui un nouveau fait, très intéressant par sa localisation même : une jeune femme, habitant la Saône-et-Loire, était atteinte depuis deux ans et demi d'une fistule trachéo-œsophagienne ; elle ne pouvait avaler aucun liquide sans être prise d'accès de toux et de suffocation. La cause de cette fistule était un abcès des parois œsophagiennes. M. Poncet intervint chirurgicalement; quelques jours après, dans le pansement, il aperçut des grains jaunes; l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait en effet d'actinomycose.

Cette malade présentait, en outre, des signes d'induration du sommet pulmonaire droit; or, il n'y avait pas de bacilles de Koch dans les crachats. Il s'agissait donc aussi d'une lésion actinomycosique. La porte d'entrée avait été certainement la voie digestive; cette malade avait, en effet, l'habitude de manger fréquemment des grains de maïs.

Voici un autre cas d'actinomycose siégeant, celui-ci, au niveau du maxillaire inférieur. M. DUCOR, qui communique ce fait, présente en même temps le moulage de la volumineuse tumeur qui avait débuté il y a neuf ans et au sujet de laquelle bien des diagnostics avaient été portés. Cette tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme, la peau était intacte, mais la muqueuse gingivale était criblée d'une série de petits orifices fistuleux. L'examen bactériologique, confirmé par MM. Nocard et Metchnikoff, permit d'affirmer la nature de l'affection. Mais, outre l'actinomycose, on constatait aussi de nombreux streptocoques. Aussi M. Ducor, sur le conseil de M. Nocard, fit-il quelques injections de sérum antistreptococcique; les effets furent nuls. Le traitement ioduré (2gr50 par jour à l'intérieur et injections iodées) a, au contraire, fait diminuer notablement la tumeur, tandis que l'état général de la malade s'est considérablement amélioré.

— Si les faits d'*abcès dysentériques du foie dus à des amibes* ne sont pas rares en certains pays, en France, au contraire, on n'en avait pas encore observé un seul cas. MM. PEYROT et ROYER viennent en communiquer un, dans lequel il n'y avait que des amibes. Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, qui partit pour Nossi-Bé au mois d'août 1895; au mois de décembre, elle fut prise d'une dysenterie légère, à la suite de laquelle elle eut des accès de fièvre, des vomissements incessants bientôt suivis de douleurs vives dans la région hépatique. La malade revint en France et entra dans le service de M. Gouguenheim, à Lariboisière. Une ponction exploratrice ayant ramené du pus, M. Peyrot pratiqua l'ouverture de l'abcès par la voie transpleurale. L'abcès contenait un demi-litre de pus. Actuellement la malade est assez bien portante.

Le pus recueilli au moment de l'ouverture de l'abcès ne contenait aucun microbe. Mais quand on renouvela le pansement on trouva des pneumocoques, des streptocoques et des coli-bacilles. Par contre, on constata chaque fois la présence des amibes décrites par Lœsch et Kartulis. Etudiés sur la platine chauffante, ces parasites présentaient des pseudopodes ; au moyen de l'éosine on voyait nettement les vacuoles de leur protoplasma ; le carmin colorait leur noyau, tantôt très volumineux, occupant presque toute la cellule, tantôt petit; les couleurs basiques d'aniline

---

conseillés, au hasard de leurs visites, par les commères du voisinage.

Avant-hier matin, mon ami me demanda de faire le sacrifice de quelques heures de mon repos, pour aller voir et essayer de secourir cette détresse. Le mari, me dit-il, sort de chez moi. Il est venu m'apprendre la mort de son enfant et l'état désespéré de sa femme. Le bébé, l'autre nuit, n'avait point crié. On le croyait endormi d'un bon sommeil. Au jour, le père s'approcha doucement du berceau, écarta avec mille précautions, en retenant son souffle, le linge qui, à défaut de rideaux, luxe trop cher, protégeait le visage de l'enfant. Il le vit tout pâle, affreusement blanc. Du revers de deux doigts il effleura la petite joue : elle n'avait plus qu'une tiédeur à peine sensible. Il souleva les épaules : et la tête retomba inerte.

Je partis. Dans la chambre exiguë à l'excès, le spectacle était navrant. Dans le lit, la mourante avait une expression indicible, où l'on ne savait si c'était la torture morale ou la douleur physique qui l'emportait. En un coin, le berceau vide, près duquel brûlaient deux chandelles. Sur une chaise, au milieu de la pièce, un minuscule cercueil, dont un des croque-morts achevait de visser le couvercle, pendant que ses compagnons regardaient avec intérêt une voisine qui leur tendait des verres et s'activait à déboucher deux ou trois bouteilles : « Prendrez-vous du vin ou un petit verre d'eau-de-vie ? Il y a aussi de la liqueur, si vous préférez ? » — « Allons, mesdames et la compagnie, à votre santé ».

Le mari anxieux, mais d'un calme qui devait lui coûter de grands efforts, me regardait examiner sa femme, essayant de surprendre sur mon visage les sentiments que je ne pouvais exprimer, hélas ! Rien n'y pouvait plus faire. Il y avait un abcès énorme dont elle souffrait beaucoup. Je fis semblant d'y voir la cause de tout le mal; je fendis d'un coup rapide à peine douloureux, le pansai minutieusement comme si cela devait être le salut. Un soulagement suivit dont je fus remercié par la malheureuse, d'un de ces sourires plus tristes que des pleurs et devant lesquels, quoi qu'on en ait, les yeux se voilent d'une buée.

Dans la rue, sur le seuil de la maison, quelques amis étaient réunis pour suivre le convoi du bébé. Ils y devaient

ne se fixaient pas sur les amibes, mais coloraient des granulations de leur protoplasma. M. Roger a tenté d'obtenir des cultures de ces parasites dans des infusions de paille ; ils se sont développés sous formes de petites sphères granuleuses, parfois munies de prolongements.

— Depuis trois mois, M. GUINARD emploie, dans le service de M. Peyrot, une nouvelle méthode de *traitement de l'épithélioma utérin et vaginal*. Cette méthode consiste à faire agir sur le néoplasme de petits fragments de *carbure de calcium*, que l'on introduit dans le vagin. Il se forme aussitôt de l'acétylène ; on bourre rapidement le vagin avec la gaze iodoformée qui retient l'acétylène en contact avec les bourgeons cancéreux. Pendant trois ou quatre heures, la malade éprouve une sensation de brûlure qui disparait ensuite. Au bout de quatre jours, on enlève le tampon de gaze, on fait un lavage au sublimé, et on détache les fragments d'oxyde de calcium qui se sont incrustés dans le néoplasme.

Sans parler des résultats définitifs que ce nouveau traitement pourra donner, M. Guinard fait remarquer que les applications de carbure de calcium arrêtent les hémorragies, font disparaitre l'écoulement fétide et les douleurs.

— M. LAVERAN lit ensuite une communication de MM. VINCENT et BUROT sur le *paludisme à Madagascar*. Ces auteurs rappellent les caractères des fièvres intermittentes, qui ne diffèrent point de celles des autres pays, si ce n'est par la rapidité avec laquelle éclatent les premières manifestations.

— Au cours de cette longue et intéressante séance, M. LAUSSEDAT, de Royat, a, en outre, présenté un travail sur les *épidémies de diarrhée dans les villes d'eaux*. Il s'agit simplement de troubles digestifs provoqués par le changement de vie, de nourriture et de boisson. Citons encore un travail de M. BILHAUT sur le *traitement de la luxation congénitale de la hanche*, une *statistique anthropologique et ethnologique* publiée par le ministre de la Guerre d'Italie et présentée par M. LAGNEAU, enfin un travail de M. DE GOUVEA, sur *les localisations oculaires de la lèpre*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Il n'y a pas eu de séance, mercredi dernier.

Voici l'ordre du jour de la séance annuelle, qui aura lieu le mercredi 29 avril :

1° Allocution de M. Th. Anger, président;

2° Rapport annuel sur les travaux de la Société, par M. Segond, secrétaire annuel;

3° Éloge de M. A. Guérin, par M. Reclus, secrétaire général;

4° Proclamation des prix.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

MM. LINOSSIER et LANNOIS ont constaté que si l'on étale sur un membre du salicylate de méthyle, et si on recouvre d'une enveloppe imperméable la partie badigeonnée, on peut se rendre compte, en suivant l'élimination de l'acide salicylique par l'urine, que la substance déposée au contact de la peau est très activement absorbée. Le maximum de l'élimination est atteint habituellement entre la sixième et la neuvième heure (plus rarement entre la troisième et la sixième); après quarante-huit heures, on ne retrouve plus que des traces d'acide salicylique dans l'urine. La quantité d'acide salicylique éliminé par les reins représente une fraction d'autant plus importante de celui qui a été appliqué sur la peau, que la quantité de ce dernier est elle-même plus forte. Au cours d'une série d'applications quotidiennes de salicylate de méthyle, l'élimination urinaire de l'acide salicylique reste régulière et ne subit que des variations médiocres. L'absorption de cette substance est donc le résultat d'une fonction physiologique de la peau et non de l'effraction accidentelle d'une barrière normalement infranchissable. L'aspect du tégument reste d'ailleurs absolument normal.

C'est à l'état de vapeurs que le salicylate de méthyle pénètre dans l'organisme. Toutes les précautions ont été prises pour éviter la cause d'erreur provenant de l'absorption pulmonaire. Celle-ci est d'ailleurs insignifiante.

Ces faits sont tout à fait analogues à ceux que MM. Linossier et Lannois ont observés avec le gaïacol. Après un badigeonnage avec ce dernier corps, ils en ont trouvé 3 grammes 23 dans l'urine de vingt-quatre heures, et la proportion relative a atteint à un moment donné 6 grammes 5 par litre d'urine. Il existe donc un groupe de corps pour lesquels la peau saine constitue une voie d'absorption

---

revenir, deux jours après, pour marcher derrière le cercueil de la mère. Et les deux convois, et la naissance inutile ont épuisé les maigres économies du déshérité, elles les ont dépassées, et il lui faudra se priver de nouveau pour payer ces deux deuils.

Lorsqu'on songe qu'il a quelque part une mère encore vivante sans doute, un frère heureux et riche, on oublie un moment la profonde et sainte pitié, et une colère et une haine s'émeuvent au fond du cœur contre le crime de ces inconnus

***

Viande de chevaux morts de maladie employée pour l'alimentation.

M. Barrier a entretenu le Conseil général de l'introduction clandestine dans Paris de viandes provenant de chevaux morts de maladie ou abattus comme malades et qu'on emploie ensuite à la fabrication des saucissons, sans que ces viandes aient été l'objet d'aucune visite sanitaire.

Voici comment s'opère la fraude :

Des bouchers de la banlieue, à l'affût des propriétaires ayant des chevaux malades, s'arrangent avec eux pour abattre et acheter ces animaux. Ils s'empressent alors d'enlever les parties putrescibles des cadavres, telles que les viscères digestifs, par exemple, puis ils remettent la peau en place et se présentent à l'octroi comme introducteurs d'animaux morts destinés à l'équarrissage. L'octroi laisse passer ces cadavres sans les considérer comme viande de boucherie. Bientôt après la viande en est livrée à très bon marché aux fabriques de saucissons, parfois même avec la complicité des équarrisseurs.

A la suite de cette communication, le Conseil général a invité le Préfet de police à prendre d'urgence les mesures nécessaires pour que les viandes de toute espèce et de toute nature destinées à l'équarrissage soient soustraites à la consommation publique et réellement équarries ou dénaturées, et, en outre, à s'entendre avec M. le Préfet de la Seine pour présenter au Conseil général, dans sa prochaine session, un projet détaillé comportant la création d'un clos d'équarrissage départemental.

(*Bulletin médical.*)

aussi facile que l'est pour d'autres la voie pulmonaire ou gastro-intestinale. La condition essentielle de cette absorption semble être la volatilité. Parmi les corps volatils eux-mêmes, il faut établir une distinction : les corps très volatils, à vapeurs facilement diffusibles, l'éther, le chloroforme, par exemple, trouvent dans le poumon une voie d'absorption supérieure à la peau. Les corps à point d'ébullition élevé, mais qui possèdent des la température ordinaire une faible tension de vapeur, comme le gaïacol, le salicylate de méthyle, trouvent, au contraire, dans la peau, une voie d'absorption beaucoup plus facile.

— MM. Filliet et Baraduc ont eu l'occasion d'étudier anatomiquement un cas de métrite parenchymateuse hémorragique. L'hystérectomie vaginale avait été pratiquée par M. Tillaux. L'utérus volumineux, mou, se laissa traverser par le doigt; sur les coupes, on constate des lésions étendues à toute l'épaisseur du muscle, et plus marquées à la partie supérieure du corps utérin. Les faisceaux musculaires sont atrophiés, dispersés et confondus; ils sont séparés par de larges traînées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles. Ce qui frappe le plus dans ces traînées, c'est la présence de capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle prolifération de leur endothélium, qu'ils paraissent avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Par places, ils sont légèrement dilatés, présentant des bourgeons saillants dans l'intérieur de leurs cavités, offrant tous les caractères de l'angiome caverneux. Autour de ces points ectasiés existent des hémorragies diffuses dans le tissu conjonctif. Les artérioles sont atteintes d'endo-péri-artérite considérable; les vésicules sont dilatées et épaissies. Il existe dans toutes les coupes des amas de cellules embryonnaires autour des artérioles. On trouve aussi quelques lymphatiques très dilatés.

Cette transformation angiomateuse du muscle utérin est bien nettement d'origine inflammatoire et paraît consécutive tant à l'endométrite qu'à l'infection provoquée par les trompes. On conçoit que, dans des cas pareils, l'ablation seule des annexes est insuffisante. Ces formes d'utérus infecté et hémorragiques se rencontrent, en effet, à la suite de salpingites suppurées et constituant un type spécial qui peut simuler le fibrome ou l'avortement.

— M. Claisse a cherché à élucider la nature des bronchites pseudo-membraneuses chroniques. Il a ensemencé, à dix reprises différentes, des fausses membranes, et a obtenu de nombreuses colonies de streptocoques fort peu virulents. M. Claisse n'a pu reproduire la maladie en introduisant des fragments de fausses membranes dans des bronches de lapins. La sérothérapie antistreptoccique a été essayée et, du 29 décembre au 9 février, neuf flacons de sérum de Marmorek ont été injectés. La malade s'est déclarée très satisfaite du traitement; il s'agissait donc, dans ce cas, d'une streptococcie chronique des voies respiratoires.

— M. Rembingen a vu se développer chez un jeune sous-officier revenant de Madagascar, impaludé, une paralysie ascendante aiguë qui évolua en onze jours. On ne trouva guère, à l'autopsie, qu'un peu de congestion des cornes antérieures, mais des ensemencements de substance nerveuse prélevée à différents niveaux donnèrent des cultures pures de streptocoques, surtout abondants dans la région cervicale. Les coupes ne montrerent des microbes que dans cette même région; ils siégeaient exclusivement dans les intervalles des grandes cellules des cornes antérieures. Un grand nombre de cellules avaient leurs prolongements rompus, lésion que MM. Marinesco, Ballet et Dutil ont déjà signalée dans la paralysie de Landry. On notait, de plus, de l'inflammation des vaisseaux du sillon antérieur de la moelle et des ramifications qu'ils envoient dans les cornes antérieures, en même temps qu'un nombre très considérable de globules blancs dans leur intérieur On n'a pas constaté la présence d'hematozaires. Le rôle du streptocoque paraît certain dans ce cas, le paludisme n'ayant agi que pour diminuer la résistance du sujet.

— M. Toulouse a recherché, pour les intoxications, des sérums antitoxiques. Partant de cette idée que certaines maladies infectieuses, la variole, par exemple, en se développant sur un sujet, rendent ces humeurs réfractaires à une nouvelle atteinte du poison; il a pensé que l'intoxication à haute dose par l'alcool devait éveiller une défense de l'organisme et provoquer peut-être la sécrétion de produits capables de s'opposer d'une manière quelconque à l'action de ce toxique. M. Toulouse a fait absorber à deux chiens 40 grammes d'alcool étylique par jour pendant une semaine. Il a recueilli ensuite du sérum de ces animaux qu'il a employé chez un sujet atteint du délirium tremens, 24 centigrammes en trois fois dans la même journée. Dès le lendemain, la fièvre tombait, et le malade redevenait lucide.

Actuellement, M. Toulouse recherche si son sérum a agi en tant que sérum antialcoolique ou en tant que sérum quelconque.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Tuberculose,

Par le Dr F. Lacroix.

M. Faisans a soulevé, ces jours derniers, à la Société médicale des hôpitaux, une très intéressante discussion au sujet du traitement de la tuberculose par la créosote Trois séances ont été consacrées à ce sujet, et plusieurs des orateurs, tout en refusant de la reconnaître, à elle seule, comme le spécifique de la tuberculose, attribuent à la créosote des qualités antibronchorrhéiques réelles et incontestables.

Pour MM. Ferrand et Lereboullet, cette substance est un excellent balsamique, peut-être le meilleur des basalmiques, capable de rendre les plus grands services dans les bronchorrhées, et un des plus précieux adjuvants de l'hygiène des tuberculeux.

M. Fernet est du même avis lorsqu'il déclare que « la créosote a pour effets immédiats certains phénomènes d'excitation qui se produisent du côté de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, du système nerveux; c'est dire que l'appétit s'accroit, les battements du cœur se régularisent et deviennent plus forts, les forces se relèvent, l'embompoint augmente ».

Mais la créosote jouit d'une autre propriété encore; d'après Hanot, l'urobiline, qu'il a rencontrée dans les urines de 48 % des phtisiques de son service, disparaît après quinze à vingt jours d'emploi de capsules créosotées (en moyenne six par jour). Debove explique cette disparition par l'action de la créosote sur les fermentations intestinales; ce serait donc un excellent antiseptique gastro-intestinal.

En résumé, la créosote ne serait pas, comme quelques-uns l'ont cru, ni une panacée universelle ni à elle seule le spécifique absolu de la tuberculose, mais elle reste, dans cette affection, un des plus puissants adjuvants de la médication : 1° comme antibronchorrhéique; 2° comme modi-

ficateur hygiénique de premier ordre; 3° comme antiseptique gastro-intestinal.

Mais, avec MM. Fernet, Legendre, et la plupart des médecins, nous ajouterons que les bons effets de la créosote dans la tuberculose, comme dans les affections broncho-pulmonaires, ne peuvent se produire que lorsque cette substance est administrée à des doses convenables. Dans les cas contraires et lorsque les doses sont exagérées, il se produit, comme avec tous les médicaments, du reste, des phénomènes d'intolérance. Et ces phénomènes ne se rencontrent guère que dans l'administration de la créosote à haute dose par les injections hypodermiques (1).

Tous ces inconvénients pourront toujours être évités en faisant prendre la créosote par la voie rectale, dissoute dans du lait, au moyen de la Recto-Créosote Trouette, contenant 50 centigrammes de créosote pour 20 centimètres cubes de lait stérilisé sous pression à l'autoclave, ou par la voie stomacale, au moyen des Gouttes Livoniennes, petites capsules renfermant 5 centigrammes de créosote pure de bois de hêtre émulsionnée avec du baume de Tolu et du goudron; l'heureuse association de ces trois médicaments antibronchorrhéiques est très assimilable, ne fatigue pas l'estomac, et se prend au moment des repas, deux ou trois Gouttes Livoniennes, à chaque repas, soit six par jour, et c'est une dose bien suffisante dans la plupart des cas.

On n'oubliera pas que la créosote est indiquée d'une façon absolue dans les formes torpides de la tuberculose, et que c'est dans ces cas qu'elle produit son maximum d'effet, et qu'il ne faut pas négliger en même temps le traitement hygiénique : exercice, air sain et pur, frictions, etc.

Mais à côté des indications qui précèdent, il y a place, dans le traitement de la tuberculose, pour d'autres modificateurs hygiéniques; parmi eux, nous citerons, en première ligne, la suralimentation par la poudre de viande Trouette-Perret, méthode recommandée par nos plus grands maîtres. Cette poudre de viande, grâce à sa saveur agréable et à son manque absolu d'odeur, est toujours prise très facilement dans du lait, du bouillon, du thé, du chocolat, du grog, du potage au tapioca, etc., C'est dans les formes torpides de la maladie qu'elle procurera le plus rapidement ses effets : retour de l'appétit, disparition des sueurs, augmentation de poids, etc. (L'usage de cette poudre de viande produit aussi les plus heureux effets dans la convalescence de toutes les maladies, dans la croissance des enfants, et dans tous les cas où on a besoin d'alimenter fortement les malades avec le minimum de fatigue).

Et pour assurer aux malades un fonctionnement régulier de leurs organes digestifs, nous conseillons ordinairement de faire prendre, après chaque repas, un petit verre à liqueur d'élixir de Papaïne de Trouette-Perret; ce précieux agent thérapeutique digère et peptonise avec la plus grande facilité les aliments.

On sait de quels soins il faut entourer l'estomac des malades et surtout des tuberculeux; d'un autre côté, la suralimentation leur est aujourd'hui recommandée, et il est certain que les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont des plus encourageants; l'élixir de Papaïne de Trouette-Perret, en apportant une grande facilité dans les digestions, permettra dans tous les cas de faire bénéficier les malades, même ceux à insuffisance gastrique, de la méthode si fort préconisée par Debove.

(1) Il faut se rappeler avant tout, que dans les formulaires les plus accrédités, Bouchardat, Dujardin-Beaumetz, etc., la dose maximum indiquée pour la créosote est de 2 grammes dans les vingt-quatre heures, et que dans l'accident dont il a été question à la Société médicale des hôpitaux, *accident suivi, du reste, de guérison rapide*, le malade prenait journellement 140 à 150 grammes d'huile créosotée au 15°, soit de 9 à 10 grammes de créosote pure en injections hypodermiques. A ce compte et avec des doses si manifestement exagérées, tous les médicaments ne seraient-ils pas des toxiques?

Association française pour l'Avancement des Sciences

CONGRÈS DE CARTHAGE (1er au 7 avril 1896)

C'est sous le nom pompeux de Congrès de Carthage que s'est ouvert, le 1er avril, à Tunis, le Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

Les sciences médicales y avaient, autrefois, une large place, qui semble diminuer, à en croire certains journaux qui n'en donnent même plus le compte-rendu.

A ce congrès, comme à tous les congrès, il y a toujours des choses intéressantes à publier, et c'est ce que nous ferons.

Tout d'abord, signalons la composition du bureau de la section des sciences médicales :

Président, M. Hanot (de Paris); président d'honneur, M. Coyne (de Bordeaux); vice-président, M. Mossé (de Toulouse); secrétaires, MM. Prioleau (de Brive) et Ch. Faguet (de Périgueux).

— Voici d'abord quelques communications sur des sujets de chirurgie.

M. JOUIN (de Paris) lit un travail sur **le traitement des fibromes de l'utérus par la médication thyroïdienne.** Voici ses conclusions :

1° La physiologie du corps thyroïde étudiée seulement depuis quelques années, réserve aux chercheurs des surprises nombreuses et probablement des découvertes d'une importance considérable;

2° L'expérimentation, la clinique, la thérapeutique, démontrent, dès aujourd'hui, qu'il existe entre la glande thyroïdienne et le système génital, et particulièrement le système génital féminin, des rapports physiologiques du plus grand intérêt;

3° La médication thyroïdienne a déjà donné des résultats inespérés dans le traitement du myxœdème, du crétinisme, du goitre, de certaines affections cutanées et de beaucoup d'autres maladies qui ne rentrent pas dans le cadre de notre communication;

4° Elle nous a permis à nous-même d'obtenir le plus souvent une amélioration considérable, parfois même la guérison de tumeurs fibreuses utérines et de métrorragies rebelles à toute autre médication conservatrice;

5° Sans qu'il soit possible de rien affirmer, on a le droit de se demander, devant les cas de ce genre, devant aussi les résultats obtenus chez des malades atteints de kéloïdes, d'hypertrophie de la prostate, etc., si cette médication ne pourrait être un jour appliquée à des tumeurs d'évolution moins avancée, au traitement du sarcome, par exemple;

6° Cette thérapeutique thyroïdienne, méthodiquement suivie avec les précautions et les règles indiquées au cours de notre communication, ne présente aucun inconvénient et est en définitive d'une pratique très facile.

— Citons encore une communication du Dr PRIOLEAU (de Brive) sur le **traitement du volvulus par les lavements forcés, avec ponctione capillaires dee anses distendues.**

Ces lavements sont donnés à la dose de 3, 4 et 5 litres, avec une douche d'Esmarch et de l'eau glycérinée à 100 pour 1000, lavements combinés aux ponctions des anses intestinales surdistendues et des massages abdominaux.

Bornons-nous à constater cette thérapeutique singulière que l'auteur avait, du reste, déjà fait connaître à un Congrès de Bordeaux.

— Une **hernie inguinale propéritonéale étranglée** fut opérée par M. FAGUET (de Périgueux) qui trouva au cours de l'opération : un sac scrotal du volume d'un gros œuf de poule, très distendu par un liquide séreux et dans lequel baignait, au fond et en arrière, le testicule normal; un trajet fibreux, très étroit (admettant à peine un stylet de trousse) mesurant environ 4 centimètres de longueur et se dirigeant vers la cavité abdominale; enfin un sac propéritonéal dans lequel se trouvait une anse de l'intestin grêle étranglée. En somme, cette disposition représentait assez exactement l'instrument de gymnastique appelé *haltère*, pour nous servir de la comparaison de l'anse.

L'intestin fut libéré et réduit; la cure radicale fut faite par le procédé de M. Lucas-Championnière. Les suites opératoires et les suites éloignées furent excellentes.

— MM. VITRAC et AUCHE (de Bordeaux) rapportent l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, opérée pour une tumeur de la jambe, dont la constitution histologique est intéressante. La malade, qui avait des antécédents tuberculeux, avait eu, il y a deux ans, une entorse tibio-tarsienne gauche; puis, un an après, elle avait remarqué une tumeur en arrière de la malléole externe, qui avait progressivement grossi. En novembre 1895, la tumeur remplissait tout l'espace compris entre le tendon d'Achille et le squelette. Lisse, ferme, indolente, elle faisait saillie surtout en arrière du péroné; en dedans, même saillie en avant du bord interne du tendon d'Achille. Mobilité très restreinte de la tumeur; liberté de tous les mouvements du pied. Le diagnostic de synovite tuberculeuse dut être modifié au cours de l'opération et remplacé par celui de sarcome. La tumeur avait respecté les gaines tendineuses; elle avait creusé les os, qui paraissaient comme gonflés, et envoyé des prolongements dans la cavité médullaire. Mais chaque loge osseuse était recouverte par une membrane d'aspect périostique. Énucléation en masse ou par fragments de la tumeur; badigeonnages au chlorure de zinc. Le tibia creusé et raréfié, et le péroné presque complètement, disparu se reforment. Il ne reste actuellement (trois mois et demi après l'opération) qu'une rétraction tendineuse avec adhérences.

Le néoplasme, gros comme le poing, est régulièrement encapsulé; la coupe est d'aspect rouge, charnue, avec des îlots blanchâtres durs, ou jaunes et mous. Le détail de la structure anatomique, comme il ressort de l'examen de M. Auché, permet de différencier la tumeur des sarcomes par l'existence : 1° de vaisseaux munis de parois propres, quelquefois d'une tunique conjonctive épaisse; 2° de tissu conjonctif disposé en faisceaux épais, et toujours dissociant les éléments cellulaires. On trouve, en outre, de la graisse, des ganglions pigmentaires, du glycogène, des cellules qui n'ont pas le groupement de celles du sarcome, et dont les plus particulières sont des plaques à noyaux multiples.

Cette structure est identique à celle des tumeurs décrites à la main, sous le nom de myélomes, par M. Heurtaux, après A. Malherbe. Peut-être faut-il rapprocher ces myélomes des « variétés fibroïdes des tumeurs à myéloplaxes » décrites par Nélaton.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinction honorifique. — *Officier de l'Instruction publique :* M. Panthier, à Senlis (Oise).

Legs à l'Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de la dite Académie, une somme nette de 100,000 francs, que le légataire universel de feu Titus d'Ernesti consent à verser après transaction. Cette somme sera portée au fonds spécial destiné à aider l'Académie de médecine à avoir un local lui appartenant en propre.

Réorganisation du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil d'État a émis un avis favorable à un projet de décret qui réorganise de la manière suivante le Conseil supérieur de l'Assistance publique :

Le Préfet de la Seine, président ;

Le Préfet de police ;

Dix membres du Conseil municipal;

Deux maires ou adjoints;

Deux administrateurs des Bureaux de bienfaisance;

Un conseiller d'État ou un membre des requêtes au Conseil d'État;

Un membre de la Cour de cassation ;

Un médecin des hôpitaux et hospices en exercice;

Un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice;

Un médecin-accoucheur des hôpitaux en exercice;

Un médecin du service des secours à domicile en exercce;

Un professeur de la Faculté de médecine;

Un membre de la Chambre de commerce;

Un membre patron et un membre ouvrier des Conseils des prud'hommes.

Neuf membres pris en dehors des catégories indiquées ci-dessus.

Laboratoire du Comité technique de santé. — Par décision ministérielle, en date du 17 mars 1896, le laboratoire de chimie des Invalides est rattaché à la direction du Service de santé, portera le nom de laboratoire du Comité technique de santé et sera dirigé par M. Maljean, pharmacien-major de 2e classe, membre de la section technique de santé.

Réorganisation du Comité technique de santé. — La section technique de santé est réorganisée et composée ainsi qu'il suit :

M. le médecin principal de 2e classe Catteau, chef de la section technique; MM. les médecins-majors de 1re classe Longuet, Dezievonski, Mary et Altemaire; M. Maljean, pharmacien-major de 2e classe, et M. Bertaux, officier d'administration adjoint de 1re classe.

Membres externes : MM. les médecins-majors de 1re classe Chevassus, Mignon, Lemoine, Reverchon; MM. les médecins-majors de 2e classe Bodinier, Lacrodique et Ferraton.

Concours. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira le mardi 30 juin 1896, à 4 heures.

Les registres d'inscription seront ouverts (cours d'Albret, 91), au secrétariat des hospices, jusqu'au 15 juin 1896.

La " Revue Médicale " (Dr Archambaud, directeur), qui était bimensuelle, devient hebdomadaire et paraît le samedi soir. Elle publie, le lendemain de ses séances, le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux.

Création d'un service de petites incurables à la Salpêtrière. — Dans sa séance du 3 courant, le Conseil municipal a émis un avis favorable à la création d'un service de petites incurables à la Salpêtrière. Des baraquements de l'hôpital Trousseau ayant été détruits dernièrement par un incendie, le Conseil a décidé que les constructions à édifier à la Salpêtrière seraient établies en briques et en fer.

Société française de Dermatologie. — La séance annuelle de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie a eu lieu les 9, 10 et 11 avril, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis.

Revision du réglement sur le service de santé relatif au tirage des membres des jurys des concours. — Par un arrêté du 21 mars 1896, les §§ 5, 6, 7, 8 et 9 de l'art. 106 du règlement sur le service de santé, relatifs au tirage des membres des jurys des concours, dans les hôpitaux de Paris, ont été remplacés par les dispositions suivantes :

§ 5. — Nul ne peut faire partie du jury de deux concours consécutifs de même ordre, sauf dans le cas exceptionnel énoncé ci-après § 8.

§ 6. — D'autre part, même s'il ne s'agit pas de concours de même ordre, un membre ayant siégé dans un jury ne peut être de nouveau désigné comme juge qu'après deux années d'intervalle à dater de la clôture du précédent concours, s'il est médecin, et d'une année, s'il est chirurgien, accoucheur ou pharmacien. Cette règle ne s'appliquera pas, toutefois, aux concours pour la médaille d'or, pour l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie, pour les emplois d'interne à l'hospice de Brévannes, enfin pour l'emploi de chirurgien ou de médecin de l'hôpital de Berck, de l'hôpital des Forges, de la Fondation Brézin et autres établissements similaires.

§ 7 — Dans le cas où le nombre des noms restant à mettre dans l'urne après les éliminations conformes aux règles énoncées aux §§ 5 et 6 ci-dessus, ne serait pas au moins double de celui des membres à désigner, la liste de ces noms serait complétée au moyen des noms écartés en vertu du § 6.

§ 8. — Enfin, dans le cas où, même après cette adjonction, le nombre des noms à mettre dans l'urne serait encore inférieur au double de celui des membres à désigner, on ajouterait à ces noms ceux des membres éliminés en vertu du § 5.

Association générale des médecins de France. — La trente-septième assemblée de l'Association se tiendra à Paris (avenue Victoria) les 12 et 13 avril prochains.

Ordre du jour de la séance du dimanche 12 avril 1896. — La séance sera ouverte à *deux heures*.

1° Allocution du Président.

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Blache, trésorier général adjoint.

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Motet, membre du Conseil général.

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1895, par M. Lereboullet, secrétaire général.

5° Nomination d'un vice-président, en remplacement de M. Bouchacourt, démissionnaire. Le Conseil propose M. Hameau (d'Arcachon), président de la Société de la Gironde.

Nomination d'un trésorier général, en remplacement de M. Brun, décédé. Le Conseil propose M. Blache, trésorier adjoint.

Nomination d'un vice-secrétaire, en remplacement de M. Blache. Le Conseil propose M. Philbert.

6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association ; renouvellement partiel du Conseil général.

Candidats : MM. Bergeron, Durand-Fardel, Hallopeau, Leroux, A.-J. Martin et Worms, membres sortants, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Conseil sont rééligibles.)

Membres du Conseil à remplacer : MM. Hameau, proposé pour vice-président, et Philbert, proposé pour vice-secrétaire. Le Conseil propose MM. Lande (de Bordeaux) et Thibierge.

7° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1897.

8° Première partie du rapport de M. Reynier sur les pensions viagères à accorder en 1896.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 13 avril 1896. — La séance sera ouverte à *deux heures*.

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale.

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale.

3° Deuxième partie du rapport de M. Reynier sur les pensions viagères : Discussion et vote des propositions.

4° Rapport de M. Douvre sur les décisions des Sociétés locales relatives à l'augmentation de la cotisation et du droit d'admission.

5° Rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1897, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

A neuf heures et demie du soir, réception chez M. le président Lannelongue.

Association de la Presse médicale française (Secrétariat général, 14, boulevard St-Germain, Paris). — *Réunion extraordinaire du 1er avril 1896.* — M. le professeur Klein, président du Comité exécutif du XIIe Congrès international de médecine de Moscou, a écrit à M. le professeur Cornil, président de l'Association de la Presse médicale française, une lettre demandant à M. Cornil d'organiser un Comité national français, chargé de faire connaître à tous les médecins de France les décisions du Comité central.

A ce Comité français serait dévolue la fonction d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer pour le transport des congressistes, etc.

Les membres de l'Association de la Presse médicale, ayant répondu à la convocation de ce jour, saisissent avec empressement cette occasion de témoigner leur sympathie au Corps médical russe et constitueront un Comité national, suivant le désir du Comité exécutif du Congrès de Moscou.

Ce Comité sera organisé dans la prochaine réunion ordinaire de l'Association de la Presse, qui aura lieu le 1er mai prochain.

L'armée coloniale et le paquet de pansement individuel. — M. Valence, médecin de première classe de la marine, demande des paquets individuels de la constitution suivante :

1° Une compresse de gaze bichlorurée ;

2° Un plumasseau d'étoupe purifiée et phéniquée ;

3° Une bande de coton ou tissu fin de 4 metres, bichlorurée ;

4° Deux épingles de sûreté en acier ou en laiton, isolées dans une enveloppe de papier solide et épais. Il importe, en effet, de les isoler complètement de tissus bichlorurés pour en éviter l'altération ;

5° Une pièce de gutta-percha laminée, égale aux pièces de Mac-Intosh caoutchouté existant dans le paquet de pansement actuel. Ce Mac-Intosh caoutchouté ne peut pas, en effet, supporter un long séjour colonial, tandis que la gutta-percha laminée constitue un imperméable excellent, qui a donné aux Anglais, dans l'expédition d'Egypte, en particulier, les résultats les plus encourageants ;

6° Une ficelle agencée spécialement et permettant de sortir le pansement de l'enveloppe dans laquelle il est comprimé ;

7° Une boite en fer blanc, rectangulaire, en feuilles minces, soudée sur un bord, avec une lame s'enroulant pour l'ouverture ; cette boite sera enduite d'un vernis spécial sur lequel est imprimée la manière de s'en servir, en français sur une face, en langue indigène sur l'autre. Il faut, en effet, que l'enveloppe extérieure réunisse toutes les conditions d'imperméabilité à la chaleur, à la pluie, à la sueur, et qu'elle résiste aux nombreux maniements. Ni le carton ni le cuir n'offrent de garanties suffisantes, et une enveloppe métallique, seule, pourra assurer une étanchéité parfaite.

M. Valence fait ressortir que, dans les expéditions coloniales, le paquet de pansement individuel est nécessaire, à cause de l'isolement possible d'un petit nombre d'hommes, et montre que les changements de température, les chaleurs torrides, les pluies torrentielles, auraient bien vite altéré le paquet de pansement tel qu'on le possède actuellement dans l'armée.

Traitement des maladies de la banlieue dans les établissements hospitaliers de la banlieue. — M. Reulus a déposé sur le bureau du Conseil général la proposition suivante :

« Dans le but d'éviter l'encombrement de certains hôpitaux de Paris et d'épargner aux malades les longueurs de l'attente et les promenades à travers la capitale, l'Administration de l'Assistance publique a divisé le département de la Seine en secteurs hospitaliers. Cette innovation a soulevé de vives protestations dans le corps médical et de légitimes réclamations dans la clientèle ordinaire des hôpitaux.

« Pour obvier aux inconvénients signalés plus haut et épargner aux grands malades de la banlieue les douleurs d'un long trajet, il serait plus humain d'utiliser les grands hospices de la banlieue qui sont placés à la portée des familles, lesquels hospices sont dotés de services généraux parfaitement installés et sont pourvus de médecins et de chirurgiens nommés aux concours et présentant, par conséquent, toutes les garanties de savoir. D'ailleurs, dans certains de ces établissements, les grands traumatismes et les cas intéressants sont déjà admis d'urgence et y reçoivent les soins que réclame leur état.

« Pour ces motifs, je propose au Conseil général d'émettre le vœu que dans les hospices de la banlieue, tels que Bicêtre, Ivry, Issy, et en général dans tous les établissements hospitaliers où la chose sera possible, des services de médecine et de chirurgie soient ouverts aux malades des deux sexes de la région et qu'ils y soient admis au même titre que dans les hôpitaux de Paris. »

La dite proposition a été renvoyée à l'examen de la 3e commission.

Statistique relative aux médecins anglais. — L'*Annuaire médical officiel anglais*, pour 1896, vient de paraître. Il contient les noms de 33,601 médecins, dont près de 6,000 pour la seule ville de Londres et 2,450 pour l'armée, la marine et le service des Indes ; 3,450 exercent au dehors du Royaume-Uni, soit aux colonies, soit à l'étranger. Pendant l'année 1895, un seul nom a été rayé par le Conseil général de l'ordre ; il y a eu 538 décès et enregistrement de 1,446 praticiens nouveaux. Ce dernier chiffre est un peu inférieur à la moyenne des cinq années précédentes, mais notablement supérieur à celle des vingt dernières années.

L'*Annuaire des dentistes* donne un total de 4,900 praticiens pour le Royaume-Uni ; 1,425 ont une licence dentaire de l'une des écoles anglaises ; 2,452 (soit les sept dixièmes) sont enregistrés sans posséder aucun titre.

Si l'on s'en rapportait aux testaments laissés par un certain nombre de médecins connus, la profession n'aurait pas trop souffert jusqu'ici de l'encombrement dont on commence à se plaindre de l'autre côté de la Manche. La fortune moyenne laissée par 67 médecins ou chirurgiens, morts depuis six à sept ans, a dépassé 1,250,000 francs, chiffre qui est à peine la moitié de celle de 44 avoués ayant eu leurs testaments enregistrés pendant la même période.

Il convient d'ajouter qu'il s'agit de médecins en vue, dont un certain nombre étaient chevaliers ou baronnets ; que l'ensemble des biens ne représente pas seulement les bénéfices professionnels, mais aussi la fortune personnelle et certains profits inattendus. C'est ainsi que le Dr Grace a reçu dernièrement 225,000 francs, montant d'une souscription nationale ouverte par des admirateurs de son talent au cricket ! Sir Henry Thompson vient d'être envoyé en possession d'un legs de 2,500,000 francs, et le Dr Dyce, plus heureux encore, doit toucher 15 millions à la mort de son client, le nabab Fakr-ul-Mulk, dont la reconnaissance dépasse la moyenne, même aux Indes.

Si l'on en croit le *Tibitis*, une demi-douzaine peut être de médecins ou chirurgiens anglais gagnent un million par an ; un certain nombre atteignent de 3 à 600,000 fr ; mais beaucoup vivent avec peine d'une profession de plus en plus encombrée. *(Bulletin médical.)*

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Contagion de la phtisie et villes d'eaux. — La quinine préventive dans le paludisme. — Syphilis dans l'armée anglaise.

Le développement rapide et continu de la climatothérapie de la phtisie pulmonaire ne va pas sans soulever une objection que devait faire prévoir la diffusion des notions actuelles relatives à la contagiosité de la tuberculose. On pourrait la formuler ainsi : les dangers de contagion que font courir aux malades des stations hivernales l'accumulation des phtisiques, leur succession de saison en saison, dans les mêmes lieux publics, dans les mêmes villas et les mêmes hôtels, ne l'emportent-ils pas sur les avantages hygiéniques de ces stations? Le phtisique n'a-t-il pas plus de chances d'y voir s'aggraver son mal que s'il restait à se soigner chez lui? Et les personnes saines qui l'accompagnent ne courent-elles pas des risques sérieux? Si le public était seul à exprimer ces craintes, on n'aurait pas à s'en préoccuper, parce qu'il n'en continuerait pas moins à suivre les conseils des médecins qui continueraient à le diriger sur ces stations. Mais les médecins, eux-mêmes, semblent avoir quelques doutes à ce sujet. Il en est qui déclarent avoir envoyé à La Bourboule ou à Cannes des malades qui n'étaient encore que des candidats à la tuberculose, et qui sont revenus « avec ce qu'ils n'avaient pas, y ayant gagné le bacille de Kock » (1).

Il importe donc de dire que ces terreurs et ces accusations ne sont pas justifiées.

Le raisonnement seul démontre que le danger est beaucoup plus grand au sein des grandes villes que dans les stations de santé.

Le nombre des tuberculeux est bien plus grand dans les villes. Et ils y circulent, ils fréquentent les cafés, les lieux de réunion publics ou privés sans s'astreindre à aucune des précautions qui sont devenues la règle dans les villes d'eaux. Les crachoirs de poche sont inconnus aux malades de la ville, et leurs expectorations sont projetées partout, au hasard. Les plus propres crachent dans des serviettes ou dans des mouchoirs. Les poussières des villes sont donc d'une richesse bacillaire redoutable. Tout au contraire, la presque totalité des malades soignés aux stations d'hiver et autres font usage de la petite bouteille de Dettweiler. L'air des rues y est donc moins souillé qu'ailleurs.

Les chambres d'hôtels et de villas bénéficient de cette même précaution. Les recherches expérimentales de Cornet, de Kirchner et, plus récemment, de Lalesque et Rivière, toutes concordantes, ont fait voir : 1° Que ces chambres, après désinfection par les procédés ordinaires, ne contiennent pas de bacilles tuberculeux dans leurs poussières ; 2° qu'une chambre habitée par un phtisique, même à la période de fonte purulente, mais qui fait usage scrupuleusement du crachoir de poche, ne contient pas de bacilles tuberculeux dans ses poussières.

Sur 100 cobayes inoculés avec des poussières recueillies dans les points des chambres les plus exposés à être souillés, 13 sont morts de septicémie ou de tétanos, 87 n'ont présenté aucun trouble de la santé, et sacrifiés du quarantième au quatre-vingt-quinzième jour, ont été trouvés indemnes de toute lésion tuberculeuse.

Cela est fait pour rassurer malades et médecins. Et il est probable que l'extension de la phtisie pulmonaire serait efficacement combattue si l'usage du crachoir de Falkenstein se généralisait, non seulement dans les sanatoria, mais partout ailleurs.

— M. Laveran a lu à la séance de l'Académie de médecine du 7 avril son rapport sur un travail de MM. Vincent et Burot, médecin en chef et médecin principal de la marine, relatif au paludisme de Madagascar. Des trois chapitres qu'ils consacrent à l'étiologie, à l'étude clinique et à la prophylaxie, c'est le dernier surtout qui présente un vif intérêt, à cause de l'étude qui y est faite de l'action préventive de la quinine. MM. Vincent et Burot sont partisans de l'emploi de la quinine, donnée à titre prophylactique; mais ils s'élèvent contre la manière dont on en a fait ordinairement usage. Lorsque le médicament est absorbé quotidiennement aux doses minimes de 10 ou 15 centigrammes, ainsi qu'on en a eu longtemps l'habitude au Sénégal, dans les rivières, on peut dire que son effet préventif est à peu près nul. Dans la récente expédition de Madagascar, la quinine était distribuée aux hommes à doses à peine supérieures à celles-là, et le paludisme a sévi avec la

(1) Dr Haralame : *Roumanie médicale*, n° 2, p. 50.

rigueur que l'on sait. Il faut ajouter que les prises de quinine n'étaient données que pendant les quatre premiers jours de la semaine.

Les doses élevées se sont seules montrées d'une efficacité manifeste. Il faut dépasser 30 centigrammes, atteindre 50 et même 75 centigrammes. Mais, comme on ne pourrait sans inconvénients supporter longtemps ces quantités relativement fortes, on a besoin d'espacer les prises. Il semble que le meilleur procédé soit d'atteindre et même de dépasser le demi-gramme, en limitant les prises à deux par semaine. En dehors de ces deux doses hebdomadaires, toute circonstance particulière exposant à des chances plus immédiates et plus graves d'infection malarienne, justifie une absorption supplémentaire de quinine.

Qu'on ne croie pas, cependant, que cette manière de faire puisse mettre sûrement à l'abri de la fièvre. Tout ce qu'on peut dire, c'est que si l'infection se produit, elle aura des chances d'être moins sévère et moins grave, et surtout on restreindra ainsi le nombre des accès pernicieux.

Mais toutes les autres conditions d'hygiène gardent, malgré la quinine préventive, leur importance; leur valeur reste intégralement la même, et leur inobservance, si elle venait à se produire, entrainerait, malgré l'alcaloïde, les mêmes désastres que récemment. C'est de quoi surtout il est indispensable que les organisateurs de futures expéditions, et les militaires appelés à y prendre part et à les diriger, soient bien et fermement convaincus. Pour moi, si j'étais mis dans l'alternative d'affronter le paludisme sous la protection de la quinine seule, et en négligeant toutes les autres mesures de préservation, ou de l'affronter sans quinine, mais avec la possibilité de prendre toutes les précautions dont un usage banal a démontré l'efficacité, je n'hésiterais pas à choisir le second mode de defense.

— Les rapports sur l'état sanitaire de la marine et de l'armée anglaise en 1894 viennent de paraître. Les maladies ordinaires sont en voie de décroissance, et le nombre des malades, pour la marine particulièrement, a été moindre que pendant aucune des trente-huit années précédentes. En revanche, il y a une augmentation inquiétante des maladies vénériennes. La proportion est de 3,647 vénériens pour 6,500 hommes atteints d'affections ressortissant au cadre de la pathologie externe : c'est plus de 50 %.

Il en est de même aux Indes, où les accidents vénériens représentent environ la moitié de toutes les causes d'indisponibilité habituelle. Or, la moyenne des indisponibles s'élève, dans l'Inde, au onzième de l'effectif (exactement 92 ‰). Le vingtième de l'armée est donc assez gravement syphilisé pour être presque constamment hors de service.

Si l'on prend en bloc toutes les affections vénériennes légères ou graves qui ont motivé l'entrée à l'hôpital, on trouve que, dans le Bengale, notamment, il y a eu, en 1894, 500 admissions pour 1,000 hommes. Les huit années précédentes, on n'avait pas atteint le chiffre de 400.

Sur 1,056 soldats Bengalais, 131 étaient atteints de syphilis secondaire; sur 387 soldats qu'on dût rapatrier de la présidence de Madras, pour raison de santé, 104 étaient syphilitiques.

Cette progression du fléau choque la pruderie de nos voisins. Elle imposera evidemment des mesures de salubrité. En les attendant, l'Angleterre continue à mériter sans conteste l'honneur qu'elle revendique toujours, de marcher à la tête de la *syphilisation*.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

M. le professeur Simon Duplay, dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine*, donne une observation des plus curieuses, dans laquelle il a pu faire sur le vivant l'anatomie pathologique du doigt à ressort, et en découvrir la cause.

Il opéra de la façon suivante :

Une section longitudinale fut pratiquée sur la gaine dans l'étendue de quelques millimètres, et l'épaississement de la gaine, soupçonné par le simple toucher, devint tout à fait évident; car dans le point circonscrit déjà signalé, la paroi de la gaine fibreuse présentait une épaisseur d'environ 3 millimètres, tandis qu'au-dessus et au-dessous, cette épaisseur n'excédait pas 1 1/2 à 2 millimètres. Il existait donc, à n'en pas douter, un épaississement de la paroi produisant un rétrécissement de la gaine, vis-à-vis de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Afin de déterminer la nature de la lésion qui avait donné lieu à cette induration et à cet épaississement, M. Duplay réséqua une petite tranche de la paroi, au niveau du point le plus épais. L'examen de la petite pièce, pratiqué au laboratoire de M. Berdal, a montré qu'il s'agissait simplement d'une hyperplasie du tissu fibreux, sans autre lésion particulière.

L'exploration des tendons fléchisseurs, mis à nu par l'incision de la gaine, n'a rien révélé d'anormal.

Il va sans dire que la gaine fut laissée ouverte. Une suture très soignée au fil d'argent fin réunit la plaie cutanée. Enfin celle-ci, pansée comme à l'ordinaire, la main fut immobilisée sur une planchette de bois.

Aucun accident. Au bout de huit jours, les points de suture furent enlevés. La plaie, réunie dans les parties profondes, présentait un seul point où la

peau avait légèrement chevauché. Mais huit jours après, la réunion était achevée.

Pour la première fois, M. Duplay fit exécuter à la malade quelques mouvements du pouce ; le phénomène du ressort avait disparu. Il ne s'est plus manifesté depuis ; les douleurs ont complètement disparu, et un mois après l'opération, la malade avait recouvré l'intégrité des fonctions du doigt.

Revue ces jours derniers, la guérison s'est complètement maintenue.

Il était intéressant de rapporter en détail cette observation, car les faits dans lesquels on a pu constater *de visu* la nature de la cause du doigt à ressort ne sont pas encore très nombreux.

Dans le cas du professeur de l'Hôtel-Dieu, la lésion de la gaine des fléchisseurs est évidente ; l'induration, l'épaississement circonscrit de sa paroi produisaient un rétrécissement, enserrant les tendons fléchisseurs, dont le jeu se trouvait arrêté au moment où ils s'engageaient dans cette portion rétrecie, soit pendant la flexion, soit pendant l'extension.

Ce fait confirme donc entièrement l'opinion qui attribue le phénomène du ressort à une lésion de la gaine ou des tendons fléchisseurs des doigts, et qui a été proposée et défendue par Menzel, Felicky, Blum et Marcano.

— M. Jaboulay, dans le n° 19 du *Lyon médical*, 1896, nous donne un travail sur **la régénération du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie.** Dans le goitre ordinaire, l'extirpation partielle de la glande thyroïde amène l'atrophie de la masse qui a été laissée ; dans le goitre exophthalmique, au contraire, on observe un phénomène contraire. L'opération est immédiatement suivie d'un amendement notable des troubles constatés : palpitations, tremblement, exophtalmie. Mais, trois semaines ou un mois après, le corps thyroïde reprend son volume primitif, et les accidents réapparaissent.

Chez une malade opérée cinq fois sans succès (deux luxations de la glande au dehors, thyroïdectomie du lobe droit, puis du lobe gauche, enfin du lobe médian), M. Jaboulay pratiqua la section du sympathique cervical entre le ganglion supérieur et le ganglion moyen. Les symptômes s'amendèrent aussitôt et on constata la diminution des palpitations, du tremblement et de l'exophtalmie ; cette dernière fut définitive. Les palpitations et le tremblement, cependant, reparurent un mois après, et le goitre augmenta de volume.

Par la section du sympathique, tous les filets oculaires et péri-oculaires sont supprimés, mais le cœur reçoit des filets accélérateurs d'autres sources du nerf vertébral et de la moelle dorsale, par exemple. Aussi, pour faire disparaître les palpitations, faudrait-il, ainsi que le pense l'auteur, faire la section de tous ces filets nerveux, en respectant le ganglion cervical moyen, indispensable.

— Citons l'observation d'une **ablation totale de la prostate dans un cas de cancer de cet organe,** pratiquée par le professeur Salischev (de Tomsk), publiée par le *Vratch*, n° 2, 1896. Les vésicules séminales et le tiers inférieur du rectum furent enlevés en même temps. Cette tentative est rare : la prostatectomie totale n'a été faite que quatre fois ; dans un seul cas (Gerni), la survie a été d'un an. Voici le procédé opératoire :

Double incision encerclant l'anus, partant du coccyx et allant à la symphyse pubienne (cette incision est préférable à la bi-ischiatique : elle donne plus de jour pour la recherche des ganglions). Évidement total de toutes les parties malades : tiers inférieur du rectum, vésicules séminales, prostate, ganglions pelviens. On constitue ainsi une vaste cavité allant en haut jusqu'au cul-de-sac de Douglas, dans laquelle s'ouvre la vessie par un orifice permettant l'introduction de trois doigts. L'affrontement des deux sections uréthrales étant impossible, on se contente d'une sonde à demeure. Quant au rectum, plus mobile, son bout supérieur est suturé à la partie postérieure des lèvres de la plaie. Le reste de la cavité est bourré de gaze antiseptique.

Dans l'espace d'un mois la cavité fut entièrement comblée : il ne resta plus qu'une fistule urinaire qui, elle aussi, diminua de jour en jour, si bien que trois mois après l'opération, le malade urinait presque entièrement par son urètre. Il commit quelques imprudences, ne voulut plus garder la sonde urétrale ; fut pris d'une forte attaque de rhumatisme articulaire aigu, à la suite de laquelle survint une large eschare sacrée, si bien que la mort arriva par cachexie, quatre mois après l'intervention.

L'autopsie montra que le néoplasme avait été entièrement enlevé et qu'il y avait guérison opératoire parfaite, mais on trouva les lésions d'une méningo-myélite suppurée ayant eu probablement pour point de départ les orifices sacrés du canal rachidien.

— MM. Sabrazès et Cabannes, dans la *Gazette hebdomadaire* du 5 avril dernier, donne un cas de **guérison rapide d'un goitre simple par l'extrait glycérique de corps thyroïde, après l'échec de la médication iodurée.** — Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, soumis sans succès, pendant plusieurs années, au traitement ioduré, pour un goitre parenchymateux.

Le traitement thyroïdien fut institué le 15 novembre 1895, on donna d'abord des pastilles contenant chacune 10 centigrammes de l'organe frais, à la dose de deux par jour, au début, et de trois à cinq, les jours suivants. Au bout de dix jours, le malade avait pris quarante de ces pastilles. Cette médication fut accompagnée de lassitude générale. On constata une diminution de un demi-centimètre dans les dimensions du cou.

Le traitement fut continué, mais on employa l'extrait glycérique de glande de mouton, à la dose d'une cuillère à café, correspondant à 30 centigrammes de l'organe frais. Pendant six jours, la dose quotidienne, ingérée dans une tasse de lait, fut d'une cuillère à café. Pendant dix jours, la dose fut élevée à une cuillère et demie, puis portée à deux jusqu'au 19 janvier 1896. Depuis lors, jusqu'au 29 janvier, la dose fut réduite à une cuillère à café par jour.

La diminution du volume du cou s'est accusée progressivement, et peut être estimée à un demi-centimètre par semaine. En même temps, l'embonpoint diminuait. Le 10 janvier, le poids du malade était de 76 kilos au lieu de 82.

Un mois après la cessation du traitement thyroïdien, la guérison s'était maintenue.

— L'**enchondrome du tubercule de Chassaignac** est une affection rare. Nous allons en citer une observation, d'après les *Annales de la Société belge de Chirurgie*. — Un homme de vingt-et-un ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, présentait au creux sus-claviculaire gauche, au niveau du plexus brachial, une tumeur, allongée dans le sens des nerfs et de la grosseur d'une amande. A côté d'elle on sentait glisser les cordons nerveux, et elle glissait elle-même sur les parties sous-jacentes. L'artère sous-clavière ne paraît pas être sentie. Le bras présentait un léger degré de cyanose; la puissance musculaire était considérablement diminuée; il existait des douleurs vagues avec sensation d'engourdissement dans le bras du même côté.

M. Dejardin (Liège) posa le diagnostic de fibrome du plexus et décida l'extirpation. Il trouva les nerfs sains, mais au-dessous apparut une saillie arrondie, dure, qui faisait corps avec le tubercule de la sixième vertèbre cervicale, au-devant duquel le doigt sentait battre la carotide primitive. La saillie repoussait en bas l'artère sous-clavière, reportée derrière la clavicule. La saillie fut énucléée à la gouge et au maillet, puis la surface osseuse ruginée. Douze jours après l'opération, le malade était absolument guéri; revu un an après, la guérison se maintenait. Le microscope avait démontré qu'il s'agissait d'un enchondrome.

— M. le Dr Ducor, dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 avril 1896, donne une observation curieuse d'**actinomycome circonscrit, datant de neuf ans**, et traité par lui avec succès.

Tous les diagnostics ayant trait aux tuméfactions du maxillaire inférieur avaient été posés, jusqu'au jour où M. Ducor fit l'examen bactériologique de la tumeur, examen contrôlé, du reste, au laboratoire de M. Metchnikoff et de M. Nocard.

Le traitement par l'iodure de potassium fut appliqué, et en même temps M. Ducor pratiqua des badigeonnages iodés sur la portion sécrétante intrabuccale et des injections iodées dans le parenchyme ramolli.

Il insista, de plus, sur le traitement général.

Voici les conclusions qui accompagnent son observation :

« 1° L'actinomycome des mâchoires à forme circonscrite est moins rare qu'on ne le suppose; il a été plus d'une fois confondu avec des tumeurs diverses, solides ou polykystiques;

« 2° En présence d'une tumeur des mâchoires, il ne faut pas songer seulement à la tuberculose, à la syphilis, au cancer, à une lésion inflammatoire; il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit la possibilité de l'actinomycome, surtout dans les cas où l'on constate du trismus précoce et des fistulettes nombreuses sans engorgement ganglionnaire;

« 3° La clinique suffit, à défaut d'un examen bactériologique positif, pour affirmer le diagnostic d'actinomycose;

« 4° Il est indispensable de rechercher l'actinomycose dans le cas de typhlite et d'appendicite, surtout d'appendicite à répétition;

« 5° L'action de l'iodure, absolument héroïque dans certains cas, peut être dans d'autres très insuffisante, ou ne se produira qu'après une absorption prolongée du médicament; le pronostic de l'actinomycose, même traitée par l'iodure, reste parfois très grave;

« 6° Le traitement tonique général a, chez certains malades, une importance capitale;

« 7° Les injections de sérum anti-streptococcique paraissent n'avoir pas eu d'influence sur la régression de l'actinomycome faisant le sujet de la présente étude;

« 8° La contagion directe par l'homme ou les animaux est des plus rares. L'origine de l'infection actinomycosique est presque exclusivement végétale, elle est due souvent à la mauvaise habitude qu'ont certaines personnes de porter à leur bouche des pailles ou des épis. L'infection se produit en dehors de la carie dentaire; le rôle de celle-ci se borne à faciliter l'introduction du parasite. »

— M. Brodier, dans le nouveau journal *la Semaine gynécologique*, nous donne une curieuse observation de **grossesse tubaire gemellaire**. — Il s'agit d'une femme de trente ans, portée mourante à l'hôpital Necker, avec des symptômes d'hémorragie interne. M. Brodier diagnostiqua la rupture d'une trompe gravide. Malgré l'état très grave de la malade et l'hypothermie, la laparotomie fut pratiquée.

Le péritoine ouvert, il s'écoula à l'extérieur une grande quantité de sang noirâtre et liquide. A ce moment, on fut forcé de suspendre l'anesthésie, la malade respirait irrégulièrement. On sentait avec la main droite l'utérus gros; on attira une de ses cornes en dehors, puis on saisit l'autre corne utérine. A ce moment la malade ne respirant plus, on lui fit une injection de caféine, quelques mouvements de respiration artificielle, pendant qu'on saisit fortement entre les doigts les annexes des deux côtés pour obvier à la persistance de l'hémorragie. On pratiqua immédiatement la ligature des annexes des deux côtés. On fit d'abord l'ablation des annexes droites ainsi liées. La trompe de ce côté est absolument saine et l'ovaire adhérent, volumineux et scléro-kystique. On sectionna ensuite les annexes du côté gauche, c'est alors qu'on vit une trompe rompue manifestement dans son tiers externe où l'on trouva une poche remplie de caillots, ouverte à sa partie supérieure, adhérente d'un côté à l'ovaire, de l'autre à la trompe; on fit la toilette du petit bassin rempli de caillots mous. C'est alors qu'on recueillit avec les caillots un fœtus de 7 centimètres 1/2 et bientôt un second absolument identique au premier. On toucha à l'eau phéniquée forte toute l'excavation du bassin, ainsi que la tranche ligaturée des pédicules après l'ablation des annexes.

On s'aperçoit que de nouveau la malade ne respirait pas. On se contenta de trois sutures en masse avec trois fils de soie séparés, pendant qu'on faisait une seconde injection de caféine et un peu de respiration artificielle. Pansement iodoforme.

La malade, quoique très faible, guérit et put se lever trois semaines après l'opération.

— Terminons par une observation de **fracture du cartilage semi-lunaire du genou, traitée par l'extirpation**, et prise dans les *Annales de la Société belge de Chirurgie*.

Un homme de vingt-cinq ans tombe sur les pieds d'une hauteur de 2m50; vive douleur dans le genou gauche, et impossibilité d'étendre la jambe. Le blessé, remarquant que son talon était fortement reporté en dedans, le remit lui-même dans sa situation normale et put alors se rendre à la maison, distante de 100 mètres. Guérison au bout de quinze jours, avec persistance de raideur. Un an après, cet homme, en portant le pied à faux, ressentit une violente douleur et le membre resta dans la demi-flexion; redressement après un brusque mouvement de flexion forcée. Quinze jours après, même accident et le blessé remarque alors une saillie anormale à la partie interne du genou; il la refoula avec les pouces, ce qui lui permit de continuer la marche.

Depuis lors, les mêmes phénomènes de luxation, suivis de réduction, se répétèrent de plus en plus fréquemment, tous les deux ou trois jours environ. Enfin, la luxation ne pouvant être réduite, M. Snyers (de Liége) est appelé.

Notre confrère pratique une incision rectiligne, parallèle à la direction du membre, longue de 12 centimètres, et dont le milieu correspondait à la tuméfaction.

En introduisant le doigt pour explorer la cavité articulaire, il fit sortir un morceau de ménisque long de 3 centimètres, qui n'était fixé à la capsule que par un filament de quelques millimètres d'épaisseur; c'était la partie antérieure du cartilage détaché de ses insertions antérieures et latérales, et qui avait pénétré comme un coin entre les surfaces articulaires. Le restant du ménisque était luxé et déformé; notre confrère, en l'enlevant, découvrit en arrière un petit morceau de cartilage, pour l'extirpation duquel il dut fendre la capsule perpendiculairement à la première incision, dans l'étendue d'un centimètre. Suture de la capsule à la soie, de la peau au crin de Florence; pas de drainage; réunion par première intention. Vingt jours après l'intervention, le patient marchait avec une canne.

M. Snyers explique la pathogénie de ce cas en s'appuyant sur les recherches de Pauzat. « Lors du saut, le membre inférieur se trouve dans un degré de flexion plus ou moins accentuée, avec une légère rotation en dehors, et, dès que le pied a touché le sol, le sauteur, pour se redresser, contracte fortement ses muscles extenseurs. Chez notre patient, le choc violent et le poids du corps ont exagéré la rotation en dehors; le ménisque interne a donc fortement été rejeté en arrière et en dehors, par rapport à l'épine du tibia; en même temps, la contraction du triceps a amené une tension exagérée et, par suite, la déchirure des ligaments méniscaux antérieurs, ainsi que le détachement des parties antérieures du ménisque interne; plus tard, chaque luxation nouvelle a occasionné une rupture plus accentuée des adhérences capsulaires et interfragmentaires, ce qui explique la progression dans la répétition des accidents de luxation. Avec le temps, le fragment antérieur du ménisque, qui ne tenait plus que par un fil, se serait détaché complètement et aurait donné lieu à un corps libre intra-articulaire ».

***

CHIMIE BIOLOGIQUE

Il n'est pas inutile, croyons-nous, d'indiquer parmi les nouveaux procédés proposés chaque jour, pour la recherche des éléments normaux ou anormaux de l'urine, ceux qui pourront être utiles dans la pratique courante.

Le dosage de l'**acide urique** est le plus souvent pratiqué par la méthode des pesées, qui exige un outillage compliqué. Voici un procédé simple, publié dans le numéro de septembre 1895 du *Nat. Drug*. On additione l'urine d'un excès de carbonate de soude et l'on se débarrasse des phosphates par la filtration, puis on verse goutte à goutte, dans une quantité quelconque d'urine, 20 grammes, par exemple, la solution suivante :

Sulfate de cuivre..............	1gr,481
Tartrate natrio-potassique......	40 grammes.
Hyposulfite de soude..........	20 —
Eau distillée (q. s. p. f.).........	1,000 —

Un centigramme de cette solution précipite 0,001 d'acide urique ; ce dernier forme au fond du verre une poudre blanche caillebotée. Quand il ne se produit plus de précipité, la réaction est terminée.

— Rayé, dans le *Bulletin Médical*, a indiqué un mode de dosage du **sucre diabétique** qu'il importe de retenir. Le voici résumé en une formule simple : Compter dans un tube à essai 20 gouttes de liqueur de Fehling titrée ; porter à l'ébullition, ajouter l'urine goutte à goutte jusqu'à ce que la décoloration soit obtenue. Diviser par le nombre employé le chiffre invariable 100, on obtient en grammes et en centigrammes la proportion de sucre par litre.

— Dans un des derniers numéros des *Nouveaux Remèdes* sont analysés des travaux intéressants sur les **réactifs nouveaux de l'albumine**.

Ott propose l'acide salicylo-sulfonique que l'on peut employer en solution à 30 °/o et même en cristaux; ces derniers se dissolvent facilement dans l'urine. Si ce liquide renferme une quantité même très minime d'albumine, il se produit une couche très nettement appréciable.

Le réactif Spiegler est encore plus sensible que le précédent. Il se compose de 8 parties de sublimé, 4 d'acide tartrique, 200 d'eau distillée et 20 de glycérine neutre. On met dans un tube à essai, 1 à 2 grammes de ce réactif, puis on y ajoute de l'urine légèrement acidulée par l'acide acétique; au niveau du contact des deux liquides, apparaît un trouble s'il y a de l'albumine; les plus faibles traces sont décelées.

Les deux réactifs précédents précipitent aussi l'albumose ; cette dernière se reconnaît à ce que, si l'on chauffe le tube, le trouble disparaît pour réapparaître dès que le refroidissement s'est produit. Le chauffage fait augmenter le trouble, s'il s'agit d'albumine.

Voici encore une nouvelle méthode, indiquée par Tolles. Après avoir ajouté 1 centigramme d'acide acétique, à 30 °/o, 4 à 5 centigrammes d'urine soigneusement filtrée, on y verse 4 centigrammes du mélange suivant :

Sublimé..........................	10 grammes.
Acide succinique.................	20 —
Chlorure de sodium.............	10 —

Dissolvez dans :

Eau distillée......................	500 grammes.

On agite énergiquement le volume d'urine et de réactif.

Dans un autre tube on verse 4 à 5 centigrammes d'urine filtrée et additionnee d'acide acétique; puis on ajoute 4 à 5 centigrammes d'eau distillée, et on agite.

La comparaison du contenu des deux éprouvettes permet de déceler sûrement des quantités d'albumine qui resteraient inaperçues avec une autre méthode. En effet, avec la pratique de Tolles, on peut découvrir l'albumine dans une solution de 1 à 200,000.

— La *Presse Médicale* a analysé un intéressant travail de Lapchine sur la **réaction diazoïque** de l'urine dans la fièvre typhoïde. Voici comment il faut procéder (Klemperer). On prépare d'abord deux solutions :

1.	Acide sulfo-anilique...........	5 grammes.
	Acide chlorhydrique..........	50 —
	Eau distillée.................	1,000 —
2.	Nitrate de soude.............	0,50 centigrammes.
	Eau distillée..................	100 grammes.

On mélange 50 centigrammes de la premiere solution avec 1 centigramme de la seconde; 8 centigrammes de ce mélange sont additionnés d'une quantité égale de l'urine à examiner, filtrée, et enfin de 2 centigrammes d'ammoniaque caustique. Si la réaction est complète, après agitation, le liquide et la mousse prennent une coloration rouge sang ; on peut dire que la réaction est faible si le liquide et la mousse sont faiblement colorés; elle est nulle, s'il n'y a pas de changement de couleur.

La réaction est constante pendant le deuxième septénaire de la fièvre typhoïde. Quatre fois seulement Lapchine l'a constatée dans la première semaine. Dans 13 cas (sur 42), la réaction existait après le deuxième septénaire ; on peut même la constater au quatrième. L'affaiblissement de la réaction paraît marcher de pair avec le début de la période d'oscillations descendantes.

Dans la pneumonie la diazoréaction existe assez souvent ; sur 20 cas elle a manqué dans 13. Elle ne se montre que dans les cas graves qui présentent alors un ensemble de signes suffisamment caractéristiques pour que la confusion avec une autre infection soit impossible.

Sur six malades atteints de grippe, aucun n'a présenté la réaction diazoïque des urines. Il en était de même dans deux cas de pleurésie avec épanchement et chez trois malades atteints de fièvre incessante.

Enfin, dans 12 cas de typhus exanthématique, la réaction existait toujours, qu'on examinât les urines au début ou à la fin de la maladie.

Il faut donc savoir que si la réaction diazoïque est très importante pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, elle ne la devient réellement que lorsque l'hypothèse de typhus exanthématique est absolument éliminée; dans le cas où l'on hésite entre ces deux maladies typhoïdes, la réaction diazoïque ne peut être d'aucun secours pour le diagnostic.

LA SÉANCE ANNUELLE

DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS

DE FRANCE

C'est sa trente-septième assemblée qu'a tenue, dimanche dernier, l'Association générale des Médecins de France.

Dans cette première séance signalons d'abord, le discours, fort applaudi, du président Lannelongue, dont voici les principaux passages :

Messieurs,

Dans un but qui m'a semblé utile, j'ai répondu, en l'acceptant, à une invitation presssante que m'avait adressée, déjà depuis longtemps, le très distingué président de la Société des Bouches-du-Rhône. Ce déplacement m'a rappelé le chaleureux accueil que j'avais reçu, en pareille circonstance, des sociétés de la Gironde et de la Seine-Inférieure. J'ai été, cette année, très touché par la réception grandiose qui m'a été faite à Marseille. Cet hommage n'a pas été seulement rendu à ma personne, mais à votre président, et tout l'honneur vous en revient, Il est de mon devoir de vous dire en quels termes je me suis exprimé.

Et M. le président lit ce qui se rattache à l'Association générale, dans le discours qu'il a prononcé à Marseille.

Mais, ne vous y trompez pas, ces projets ne pourront être réalisés que lorsque vous posséderez les ressources nécessaires à ces créations multiples et désirées. C'est pour cela que nous vous avons demandé de porter à 20 francs votre cotisation en vous rappelant que ce supplément restera dans les caisses de vos sociétés locales, et que vous serez les maîtres de sa destination.

Un certain nombre de sociétés locales ont accepté ; leur vote est acquis ; nous les en remercions, Nous ne discuterons pas les raisons alléguées par celles qui ont adhéré au principe, tout en réservant les fonds, ou par celles qui se sont prononcées contre la proposition. Nous livrons à leurs méditations les chiffres suivants ; ils ne sont pas qu'éloquents, ils sont sans réplique.

L'Association générale possède actuellement 3,029,134 francs. Sortez de cette somme 1,175,000 francs qui sont dans les caisses de vos sociétés locales, et dont vous disposez exclusivement, il reste 1,854,134 francs.

Or, il sera employé cette année, pour le service de 91 pensions — dont 22 à 800 francs — un capital de 1,752,629 francs, capital qui doit rester affecté à la caisse des pensions de retraite, sans qu'il puisse recevoir une autre destination.

L'avoir se trouve ainsi réduit à 101,504 francs, sur lesquels il a été prélevé un versement *statutaire* de 81,671 francs pour la caisse des pensions, en prévision de la diminution du taux des intérêts ; il ne reste donc au compte de l'Association que 19,833 francs. Cette somme a été employée, sauf 3,645 francs, pour la nouvelle caisse des veuves et des orphelins, les secours aux sociétés locales et divers frais généraux. En définitive, le bilan exact se réduit, pour l'Association générale, en dehors de la caisse des pensions, *à quelques milliers de francs.*

Vient ensuite le rapport de M. Blache, trésorier général adjoint sur la *situation financière* de l'Association qui, avec des chiffres éloquents, montre tous les services rendus par la Société et termine en disant :

Vous voyez donc bien que c'est à tort que l'on dit partout : « L'Association des Médecins de France pourrait faire plus qu'elle ne fait, grâce à ses trois millions. »

Le secrétaire général, M. Lereboullet, prend ensuite la parole et, dans un rapport très documenté, étudie la situation et les actes de l'Association. Il discute les avantages qu'aurait la Société à être reconnue d'utilité publique et démontre qu'elle n'y gagnerait rien, et plaide ensuite en faveur de l'élévation de la cotisation.

M. Hameau (d'Arcachon) est ensuite élu président, en remplacement de M. Bouchacourt, démissionnaire.

MM. Bergeron, Durand-Fardel, Hallopeau, Leroux, A. J. Martin et Worms, membres sortants, arrivés au terme de leur exercice, sont réélus ; ainsi que MM. Lande (de Bordeaux) et Thibierge.

Le soir, un banquet réunissait les sociétaires à l'Hôtel Continental. Nous avons recueilli les toasts portés :

Par M. Brouardel :

Messieurs,

Je crois être votre interprète à tous, en m'associant à la douleur qui retient loin de nous, en ce moment, notre cher président Lannelongue et l'empêche d'assister à ce banquet. Le deuil cruel qui le frappe est partagé par Mme Lannelongue, à qui nous adressons aussi tous nos regrets. Tous deux méritent également notre sympathie, car tous deux sont bienfaisants au même degré. Si notre président fait du

bien, surtout au corps médical, Mme Lannelongue appartient à tous les malheureux.

Au nom de notre président, je bois aux délégués des sociétés locales. Il les réunit dans un même sentiment de reconnaissance, qu'ils viennent du Nord ou du Sud, de l'Est ou de l'Ouest; car de quelque point de la France que nous entendions la voix d'un confrere malheureux, sa douleur retentit dans nos cœurs et nous souffrons avec lui. Permettez-moi de résumer tout ce que je pourrais vous dire en portant la santé de mon voisin de table, de notre cher vice-président, le Dr Hameau.

Par M. Hameau, au nom des délégués :

Messieurs,

En m'élevant à la dignité de vice président, *in partibus provinciorum*, vous avez voulu marquer, une fois de plus, votre estime pour la Société de la Gironde, que je suis tres fier de représenter dans ces cordiales assises de la fraternité et de la solidarité médicales.

Non moins que moi, tous les Girondins vous seront reconnaissants de ce précieux témoignage, et ce sera pour eux un encouragement à persévérer dans les voies du progrès, qu'ils n'ont jamais cessé de suivre.

Mais si grande que soit ma satisfaction, elle n'est pas sans mélange, car je ne puis me soustraire à la pénible pensée que la place dont je vous parle était, depuis nombre d'années, dignement occupée par un homme excellemment bon et distingué : le professeur Bouchacourt, de Lyon. M. Bouchacourt aimait beaucoup l'Association générale, et, pour qu'il donnât sa démission, il fallait de graves motifs. Hélas ! il n'est que trop vrai : un vent de séparatisme a soufflé sur l'opulente cité du Rhône. Les Lyonnais se sentant assez forts pour se suffire à eux-mêmes, ont oublié que notre œuvre bienfaisante a été instituée surtout en faveur des infortunés, et que la gloire des sociétés riches est de secourir les pauvres. Dans une confédération comme la nôtre, dont chaque groupe est relié à tous les autres par les sentiments d'altruisme confraternel plus encore que par l'intérêt, on ne peut voir, sans une profonde tristesse, se produire de si regrettables scissions.

Heureusement le cœur palpite encore au sein de nos grandes sociétés. Je n'en veux pour preuve que la réception de notre président général à Pauillac, à Rouen, et tout récemment à Marseille. De telles manifestations respirent et réconfortent.

Je vous propose, messieurs et chers confrères, de boire à l'union de plus en plus intime, indissoluble, de toutes nos sociétés locales, sous l'œil clairvoyant et sous la main puissante autant que généreuse de notre tres aimé président, M. le professeur Lannelongue, dont le deuil cruel est une douleur pour nous tous.

Par M. Motet :

Messieurs,

Dans notre grande Association. les absents n'ont jamais tort. Il semble même que le regret de ne pas voir au milieu de nous nos Conseils judiciaires avive encore les sentiments de la reconnaissance que nous avons pour eux. Il y aurait d'ailleurs de l'ingratitude à oublier les services qu'ils nous rendent avec un si touchant désintéressement. M. le secrétaire général vous a dit tantôt ce que nous devions à l'un d'eux, M. Morillot, qui devant la Cour de cassation a si éloquemment défendu nos confreres de la Nievre. Nous remercions M. Morillot de tout notre cœur, et nous associons au témoignage que nous lui adressons de notre affectueuse et sincère gratitude, MM. Betolaud, Deligand et Liouville, que nous trouvons à toute heure prêts à nous aider de leurs conseils.

J'ai, de plus, l'heureuse fortune de saluer au nom de l'Association générale des Médecins de France, MM. Masson, Cerise et Marie, qui viennent à nous comme on va vers de vieux amis, les mains tendues, le cœur ouvert, et qui nous apportent le précieux concours de leur espérance. Avec eux, ce sont des forces nouvelles qui nous arrivent et qui nous permettront de bien conduire les affaires de l'Association.

Au nom du Conseil, je vous invite, messieurs, à lever vos verres en l'honneur de tous ces hommes bons et généreux qui. à Paris comme en Province, nous sont si profondément, si sincèrement dévoués.

Par M. Masson, au nom des Conseils judiciaires et administratifs de l'Association :

Messieurs — j'allais dire mes chers confrères, et le mot était presque justifié par l'excellent accueil que vous nous faites — c'est bien à tort que vous nous remerciez du concours que nous sommes heureux de vous prêter. C'est nous qui vous devons la reconnaissance; c'est nous qui, en entendant l'exposé d'une situation financière florissante, le compte rendu des actes charitables et des travaux utiles accomplis chaque année par vous, devons être fiers de nous voir associés à une aussi belle œuvre.

Je vous parle au nom du Conseil administratif et judiciaire, et je porte un toast, qui est toujours le même, mais qui a toujours pour nous la même éloquence : A l'Association générale des Médecins de France !

***

Lundi a eu lieu la deuxième séance dans laquelle M. Philbert a donné lecture du rapport de M. Domne sur *l'augmentation de la cotisation et du droit d'admission.*

Bien que plusieurs sociétés aient émis un avis favorable à cette augmentation, la deuxième consultation montre néanmoins que la majorité des sociétés locales n'est pas encore de cet avis.

A ce sujet, M. le président Lannelongue prend la parole et met aux voix les propositions suivantes :

« En somme, je propose que la question générale — augmentation de la cotisation — reste ouverte. »

(Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.)

« Je propose ensuite que la cotisation soit portée à 20 fr. pour les membres nouveaux seulement, les anciens conservant le droit de ne payer que 12 fr. »

(Cette proposition est votée à une grande majorité.)

M. Lannelongue donne ensuite lecture du projet de création d'une caisse des veuves et orphelins et des statuts de la nouvelle caisse.

Voici ces statuts :

Le Conseil général :

Considérant que le capital de la caisse de l'Association est suffisant pour satisfaire à ses besoins et qu'il importe d'instituer d'autres fondations d'assistance prévues par l'art. 6 des statuts de l'Association générale;

Considérant qu'une des fondations réclamées avec le plus d'insistance par les sociétés locales est une caisse destinée à secourir plus efficacement les veuves et les orphelins des membres de l'Association dans des conditions déterminées par un règlement spécial;

Arrête les dispositions suivantes :

Art. 1er. — En exécution des art. 6 et 12 des statuts de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France, il est créé une *caisse des veuves et orphelins* des membres de l'Association.

Art. 2. — La dotation de la caisse des veuves et orphelins est formée :

1° Par une première mise de fonds de trente mille francs (30,000) fournie par la caisse de l'Association générale;

2° Par une somme de cinq mille francs (5,000) prélevée annuellement sur la caisse de l'Association générale, à titre de subvention, à la condition toutefois que le fonds de réserve de l'Association restera toujours d'au moins cinquante mille francs (50,000);

3° Par le produit des dons et legs faits à l'Association générale au profit de la caisse des veuves et orphelins;

4° Par les versements volontaires faits à cette caisse par les sociétés locales;

5° Enfin par les intérêts accumulés de tous les capitaux versés à la dite caisse.

Art. 3. — Toutes les sommes appartenant à la caisse des veuves et orphelins seront placées à la Caisse des dépôts et consignations pour porter intérêt au compte particulier intitulé : « Compte de la caisse des veuves et orphelins des membres de l'Association générale des Médecins de France ».

Art. 4. — Le trésorier de l'Association demeurera chargé de toutes les opérations de comptabilité de la caisse des veuves et orphelins dans ses rapports avec la Caisse des dépôts et consignations et sous l'autorité et avec la signature du président de l'Association généra e.

Art. 5. — Un comité composé du président de l'Association et de trois membres du Conseil général sera tenu de prendre connaissance, tous les six mois au moins, et plus souvent s'il le juge nécessaire, de toutes les opérations faites au nom de la caisse des veuves et orphelins, et de vérifier l'état de situation, avec pièces à l'appui, qui lui sera fourni par le trésorier.

Art. 6. — Les frais d'administration de la caisse des veuves et orphelins sont à la charge de celle-ci.

Art. 7. — Dès le jour où les revenus de la caisse des veuves et orphelins le permettront, des subventions annuelles seront accordées aux sociétés locales, en vue d'améliorer d'une manière plus efficace la situation des veuves et orphelins laissés sans ressources.

Des subventions pourront d ailleurs être accordées directement et en cas d'urgence aux veuves et orphelins non encore assistés par les sociétés locales.

Art. 8. — Toutes les difficultés qui pourraient s'élever au sujet de l'administration de la caisse des veuves et orphelins seront jugées par le Conseil général.

Art. 9. — Un règlement, arrêté en Conseil général, déterminera le mode d'exécution des présentes dispositions.

Art. — En cas de dissolution, tous les fonds appartenant à la caisse des veuves et orphelins feront retour à la caisse de l'Association générale.

- Le projet de création d'une caisse des veuves et orphelins est mis aux voix et adopté.

M. Martin donne ensuite connaissance des vœux soumis à la prise en considération.

Sont pris en considération les vœux suivants :

Société de la Vienne :

Qu'il soit accordé dorénavant aux sociétés locales 1 délégué à l'Assemblée générale par 50 sociétaires.

Société de la Seine-Inférieure :

1° Que toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux soient données au concours; 2° que les places de méecins et de chirurgiens titulaires soient données, sans contestation possible, aux adjoints et suivant l'ordre de leur nomination.

Société de Saône-et-Loire :

1° Que la déclaration des maladies dites épidémiques soit faite par la famille et non par les médecins, auxquels elle porte un préjudice considérable; 2° que les pouvoirs publics rendent les mesures de désinfection obligatoires et sérieuses.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1893

Parmi les causes de mort les plus fréquentes chez les enfants débiles nés avant terme, il faut citer le froid et la faim. On peut combattre le premier en plaçant l'enfant dans une couveuse, et l'on sait les services que rend tous les jours cette pratique; pour combattre la faim, pour nourrir ces enfants débiles, il faut avoir recours au gavage.

M. Saint-Philippe (de Bordeaux) pense que le moyen le plus simple et le plus facile est le gavage par les fosses nasales. L'emploi de la sonde œsophagienne est, en effet, difficilement applicable chez les petits enfants et quelquefois mal supporté. M. Saint Philippe se sert d'une simple cuillère à café, à bout pointu. Il couche l'enfant sur ses genoux en lui relevant légèrement la tête, et il verse alternativement, dans l'une et l'autre des narines, le lait que contient la cuillère à café. La déglutition est involontaire.

Ce procédé, que tout le monde peut appliquer, se recommande par sa simplicité; il sera nécessaire de faire des lavages des fosses nasales et d'appliquer une pommade boriquée à l'orifice des narines pour éviter toute irritation.

— M. Bergeron lit un travail de M. Duret (de Lille) sur les *injections massives de sérum artificiel dans les septicémies post-opératoires et puerpérales.* M. Duret a pratiqué douze fois en un an ces injections de sérum; il a obtenu dix succès; quatre fois, il s'agissait de septicémie aiguë post-opératoire; quatre fois de septicémie puerpérale grave; une fois, de choc opératoire, après désarticulation de la hanche; une fois enfin, de collapsus hémorragique. Des deux échecs, l'un concernait un cas de cancer abdominal inopérable, l'autre d'un collapsus hémorragique très prononcé. M. Duret pratique des injections sous-cutanées; il pense que les effets sont à peu près aussi rapides que ceux des injections intra-veineuses. Cette méthode a, d'ailleurs, dans d'autres mains, déjà fait ses preuves, et elle est employée, depuis plusieurs années, dans les services de chirurgie de Paris, ainsi que le font remarquer MM. Pozzi, Nicaise et Pinard.

— M. A. Guépin lit ensuite un travail sur *les moyens de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques.*

On reconnait aujourd'hui les services que l'on peut attendre de la sonde à demeure, en particulier chez les prostatiques, sonde à demeure dont les anciens chirurgiens ont abusé peut-être; et, chaque fois qu'il est possible de la faire tolérer au malade, on a recours à ce procédé, si simple et si efficace, de drainage vésical. Mais il arrive encore que la sonde a demeure ne puisse être supportée et il devient alors parfois nécessaire de tenter une intervention sérieuse.

Les moyens employés pour faire tolérer la sonde sont, les uns, *usuels* et depuis longtemps connus, les autres, *moins connus*, bien qu'aussi utiles.

Les moyens usuels sont: le choix éclairé de la sonde, quant à sa composition, sa forme et son calibre; sa mise en place méthodique; sa fixation; son bon fonctionnement, contrôlé par l'observation de l'écoulement de l'urine et d s injections faites dans la vessie.

Les moyens moins connus ont été mis en pratique par M. Reliquet; ce sont:

1° *L'injection vésicale* faite après l'écoulement de l'urine. En effet, chez tout prostatique, infecté ou non, la période aiguë de la rétention étant passée, la vessie étant revenue à une capacité sensiblement normale et surtout amoindr e, la sonde à demeure doit, plus que jamais, être fermée par un fausset.

A chaque besoin d'uriner, elle sera ouverte pour laisser échapper la totalité de l'urine contenue dans la vessie; puis, la seringue à la main, chargée d'eau boriquée tiede, au moment où s'écoule les dernieres gouttes d'urine et où commence à apparaitre un besoin factice de miction, qui, abandonné à lui-même, irait s'exaspérant, on pousse lentement le liquide par une pression insensible sur le piston, et on s'arrête lorsque le malade n'accuse plus aucune sensation anormale. Quelques centimètres cubes d'eau boriquée suffisent, le plus souvent. En met-on trop ou trop peu, l'effet calmant attendu ne se produit point et la non efficacité du procédé tient alors à un défaut de technique. On dit bien, en général, qu'il ne faut point mettre la vessie à sec, qu'il convient d'y injecter, après l'écoulement de l'urine, un peu d'eau boriquée, mais on n'insiste pas sur le *modus faciendi* de cette injection vésicale, qu'il est cependant indispensable de préciser.

2° La *suppression* de tout ce qui comprime ou rétrécit l'extrémité du canal: atrésie, ectopie du méat, atrésie préputiale. D'un coup de ciseaux, après anesthésie cocaïnique au besoin, on leve l'obstacle, franchissable d'ailleurs, mais qui rendrait le séjour permanent de la sonde intolérable au malade, par les phénomènes spasmodiques qu'il provoque.

La pratique de ces soins diminue le nombre des cas où la cystotomie deviendra nécessaire et même indispensable.

— M. NICAISE lit un rapport sur un travail de M. HUGUET, médec n-major, relatif à un cas de *mastite traumatique chez l'homme*. Dans ce fait, que nous avons résumé antérieurement, un soldat présenta, à la suite d'un traumatisme au niveau du sein droit, une inflammation chronique de la glande mammaire.

Ainsi que M. Nicaise le fait ressortir, la pathogénie même de l'affection est obscure. Faut-il incriminer le traumatisme seul ou faut-il penser à l'introduction par les canaux galactophores de micro-organismes arrivant ainsi jusqu'aux tissus contus?

Il est très difficile de se prononcer: des expériences sur des animaux permettent seules d'élucider la question.

— L'Académie vient de perdre deux de ses membres: M. J. LEFORT et M. CONSTANTIN PAUL. M. HERVIEUX fait dans une courte allocution l'éloge de M. Constantin Paul, et M. MARTY lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Lefort. Celui-ci appartenait à la section de pharmacie.

— A la fin de la séance, M. Hervieux fait connaître la décision de l'Académie relativement au prix Saint-Paul.

Ce prix sera partagé entre MM. Behring et Roux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

On se souvient d'un procédé *abdomino périnéal par l'extirpation du rectum*, proposé par M. Gaudier dans un rapport fait par M. QUENU.

M. Chalot est venu à la séance dernière en réclamer la priorité. Il a, en effet, opéré un malade et de la façon suivante: Il a d'abord fait la cœliotomie dans la fosse iliaque gauche (on dit cœliotomie, à Toulouse), puis il a lié la mésentérique, a détaché l'S omega, libéré le rectum, s'est ensuite porté dans la région périnéale pour terminer son opération, et le malade est mort.

M. QUENU lui répond que la priorité ne lui appartient pas, mais bien à M. Gaudier, et cette question de priorité donne lieu à un petit incident, M. Chalot demandant à la Société à qui appartient la priorité d'une opération, à celui qui la décrit, ou à celui qui la pratique en clinique. MM. Kirmisson, Quenu et d'autres ont bien vite répondu à M. Chalot que la priorité scientifique appartenait à celui qui, le premier, publiait la méthode ou le procédé, que c'était là un point établi depuis longtemps, et qu'il serait trop facile d'exécuter sur le vivant, et de réclamer pour soi une opération décrite point par point par un autre chirurgien.

M. Quenu ne voit du reste pas l'avantage de la ligature préalable de la mésentérique, qui peut être sectionnée après avoir été saisie par une pince et liée ultérieurement.

Il préfère aussi commencer par l'anus, où l'hémostase est facile, en attaquant le coccyx et le sacrum par la ligne médiane, comme il l'a préconisé après Heineke, et se porter ensuite, et pour terminer, du côté de l'abdomen.

— Le même M. Chalot fait une deuxième communication sur une observation d'imperforation anale qu'il a traitée de la façon suivante: après avoir pratiqué l'incision périnéale, entre le fornix postérieur du vagin capax et la concavité sacrée sans trouver l'ampoulé rectale, il a fait la cœliotomie pour chercher le sigma, et, apres avoir frayé une route à ce sigma, il le fixe à l'incision périnéale Cette opération, qu'il propose d'appeler la sigmoïdostomie périnéale, n'a encore été pratiquée que trois fois et avec des insuccès constants.

M. Chalot a sauvé sa petite malade et propose les conclusions suivantes:

« Dans les cas d'atrésie rectale, chercher le rectum d'abord par le périnée, en réséquant le coccyx ou en faisant une incision latérale. S'arrêter, si on ne le trouve pas, pour se porter dans la fosse iliaque, où l'on va chercher l'S iliaque, qu'on fait évacuer par une petite incision, puis porter le sigma à l'anus en perforant le cul de sac et ne faire l'anus iliaque que lorsqu'on ne pourra pas amener le sigma à l anus. »

— Sur la demande de M. KIRMISSION, le *traitement de la luxation congénitale de la hanche* fut mis à l'ordre du jour de la dernière séance. C'est le chirurgien des Enfants assistés qui a pris la parole, mercredi dernier, dans une fort belle communication, très justement appréciée, du reste.

Apres avoir rappelé les principaux travaux parus sur le traitement sanglant de cette opération, M. Kirmisson

montre d'abord l'opération de Hoffa avec ses inconvénients, ses morts, et ensuite la pratique de Lorenz, qui a abandonné la désinsection des muscles pelvi-trochantériens pour en venir à la ténotomie des fléchisseurs, et qui a modifié l'incision de Hoffa et la reportée entre le fascia lata et les fessiers

« Aujourd'hui, dit M. Kirmisson, l'accord s'est fait entre tous les chirurgiens et on est arrivé, Hoffa lui-même, à adopter l'incision de Lorenz et ne désinserre plus les muscles pelvi-trochantériens. »

Passant à la gravité de l'opération, M. Kirmisson démontre que ce n'est pas là une opération bénigne. Car les chirurgiens qui ont pratiqué nombre de fois cette opération ont eu des morts. Pour sa part, il a eu 2 décès sur 8 opérations. Hoffa sur 112 opérations, chez 82 malades, a eu 7 morts.

En Amérique, Bradfort a eu 5 décès sur 5 opérés, et Gibney 2 morts sur 6 interventions. Broca compte 3 morts sur 37 opérations, et Lorenz, par le procédé de Hoffa, a eu 2 morts sur 12 malades; mais il faut le dire, dans une deuxième série, par son procédé, 100 opérations portant sur 84 malades ne lui ont pas donné un décès.

Il est vrai que dans cette léthalite, on signale beaucoup de diphtérie, de fièvre éruptive; mais il y a aussi beaucoup de septicémie.

D'autres inconvénients peuvent aussi résulter de cette intervention. Ce sont des paralysies motrices déterminées par les tractions opérées sur le membre; c'est quelquefois même une aggravation de la situation du malade. Enfin il y a les récidives. Il en compte 1 pour sa part, Broca 3, Hoffa 11 et Lorenz 15.

Ces différentes considérations, comme le fait remarquer M. Kirmisson, montrent qu'il ne faut pas dire avec Lorenz que c'est une opération bénigne, et écrire, comme il l'a fait, qu'elle dure de dix à vingt minutes; car si on prend la peine de contrôler toutes les observations qui sont placées à la fin du livre de Lorenz, on trouve que Lorenz a mis trente-sept fois une demi-heure et plus, et que certaines opérations ont duré une heure et demie.

L'opération a réussi. Quels sont les résultats ?

Hoffa, avec la plus grande sincérité, a écrit, et il a eu raison, qu'il ne faut pas compter sur la *restitution ad integrum*, et le plus souvent, dans les cas les meilleurs, il y a un raccourcissement de 1 centimètre, comme M. Kirmisson l'a prouvé, mètre en main, à Lorenz, qui, au Congrès de Rome, amenait deux opérées qu'il considérait comme absolument guéries. Quarante-deux fois, sur soixante-huit cas, il y a eu un raccourcissement de 1 centimètre, et dans la réussite de l'intervention, l'âge des malades a un grand poids; plus ils sont jeunes, plus les résultats paraissent devoir être bons.

Voilà le bilan de l'intervention sanglante, et comme on le voit, il y a loin de là à la perfection. Aussi, revient-on au traitement orthopédique, et ici deux méthodes sont en présence : celles de Scheede et Mickulicz, qui traitent les petites malades par l'extension et l'immobilité, continuée pendant une période de huit mois à une année, le membre étant dans l'abduction, et la méthode de Lorenz, qui réduit comme il faut la luxation, suivant une méthode analogue à celle de Pacci, immobilise le membre dans l'abduction et permet la marche au petit malade.

M. Kirmisson diffère de Lorenz, en ce sens qu'il ne croit pas qu'on puisse obtenir la réduction en un seul temps.

L'orateur termine par ces conclusions :

La luxation congénitale est une affection qu'il ne faut pas négliger comme on l'a fait jusqu'ici; et plus tôt on commencera le traitement, plus grandes seront les chances de guérison.

Jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, on devra employer le traitement orthopédique, qui aura pour but l'abaissement de la tête et sa fixation.

Si on ne réussit pas par les moyens orthopédiques, il faudra avoir recours à la méthode sanglante.

Comme on le voit, M. Kirmisson est partisan, quoi qu'on en ait dit, de l'intervention sanglante; et il l'emploie quand, arrivé à l'âge que nous venons de signaler, le malade n'a pas pu être guéri par les appareils.

EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 10 AVRIL 1896

On sait que, pour M. Hanot, dans l'ictère grave hypothermique, on trouve dans le foi le coli-bacille, et dans l'ictère grave hyperthermique, d'autres micro-organismes tels que le streptocoque. A propos du cas d'ictère grave hyperthermique que M. Hanot a communiqué récemment, M. ACHARD présente deux observations de cancer primitif du foie dans lesquels il y avait de la fièvre et des symptômes d'ictère grave. Dans la première, il s'agit d'une femme atteinte d'un cancer primitif avec ictère, albuminurie, urobilinurie, délire et fièvre; la température atteignit 41°,5 quelques heures avant la mort. La seconde concerne un homme atteint d'un cancer du foie en amande et présentant de l'albuminurie et de l'urobilinurie, de la dyspnée, du myosis, une cachexie extrême; la température était de 38°,8 la veille de la mort. Dans les deux cas, une ponction du foie, pratiquée peu de jours avant la mort, donna des cultures de staphylocoques blancs. Ces deux cas viennent donc confirmer l'opinion de M. Hanot. Ce sont, en outre, de nouveaux exemples d'infection au cours de cancers viscéraux, et il faut les rapprocher de ces faits, publiés par M. Achard, d'infections survenant dans le cancer gastrique.

— M. ACHARD présente ensuite un malade âgé de vingt-deux ans, atteint d'*atrophie musculaire du type Aran-Duchenne*; l'affection a débuté il y a deux ans. Etant donné la limitation de l'atrophie aux petits muscles des mains et l'absence de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs, on pourrait à première vue songer à l'atrophie musculaire progressive de Duchenne. Mais les réflexes rotuliers sont exagérés, il existe, à la région dorsale inférieure, une scoléose assez prononcée; enfin, on trouve une bande d'anesthésie dissociée, formant une demi-ceinture gauche au niveau et au-dessous de l'ombilic, et s'étendant sur une hauteur de dix centimètres environ. Il s'agit donc ici d'un cas de syringomyélie, intéressant par la topographie de l'anesthésie dissociée qui est exactement celle du zona. C'est un argument de plus en faveur de la théorie médullaire de cette dernière affection.

A ce sujet, M. Achard cite encore un cas de zona thoracique survenu chez une vieille femme, et dans lequel les douleurs occupaient symétriquement des deux côtés une zone beaucoup plus étendue en hauteur que l'éruption unilatérale; ces troubles ne pourraient s'expliquer ni par des lésions des nerfs ni par des lésions des ganglions; la théorie médullaire en donnerait, au contraire, une raison satisfaisante.

— M. CHAUFFARD présente une malade âgée de cinquante ans, atteinte d'une forme un peu particulière d'*hémophilie*. Elle n'a jamais eu d'autres maladies; il n'existe dans sa famille aucune tare hémophilitique ni nerveuse.

La première hémorragie s'est produite à l'âge de vingt

ans; c'était une hémorragie en nappe du cuir chevelu, qui s'arrêta spontanément au bout d'une heure. Depuis cette époque, des hémorragies nombreuses se produisirent en divers points, cutanés ou muqueux, spontanément et sans aucune modification préalable de l'état psychique.

L'ablation d'une petite molaire provoque également une hémorragie abondante; les piqûres, même les plus légères, saignaient longtemps. La malade a dû renoncer à employer une brosse à dents.

C'est une femme petite, scoliotique, légèrement artério-scléreuse; ses urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments anormaux. Sur le fond anémique des téguments on constate d'assez nombreuses stries rougeâtres, sur le front, les joues, le pavillon des oreilles; à la loupe, on voit que chaque ponctuation rougeâtre est formée par un petit nœvus en miniature. Ces télangiectasies sont très superficielles et contiennent un sang rutilant; elles occupent différentes parties du revêtement cutanéo-muqueux : face, fosses nasales, voûte palatine. C'est à leur niveau que se produisent les hémorragies.

L'examen du sang obtenu par piqûre du doigt a donné les résultats suivants : hémoglobine, 65 %; globules rouges, 3,689,000, normaux comme forme et volume; leucocytes, 14,818; la formation du réticulum fibrineux paraît un peu retardée et peu abondante.

Il s'agit donc d'un cas d'hémophilie, mais avec des particularités bien curieuses. C'est tout d'abord un cas sporadique, solitaire, alors que généralement l'hémophilie est une maladie familiale. Les familles hémophiliques sont très fécondes; ici pas de polynatalité, la malade n'a pas d'enfants. Enfin, on sait que l'hémophilie est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme (1 pour 7).

Comme particularités cliniques, il faut noter ici l'absence d'arthropathies, qui sont si communes, et l'absence d'hématuries. C'est par contre, une *hémophilie cutanée*, expression que M. Chauffard préfère à celle d'hématidrose, ou sueur de sang.

Quelles sont la nature et la valeur clinique de ces télangiectasies?

Dans l'hystérie, on observe quelquefois de véritables stigmates hémorragiques. Chez la malade de M. Chauffard on ne trouve aucun stigmate d'hystérie; or, l'hystérie à hémorragies cutanées appartient presque toujours aux grandes modalités de la névrose; c'est souvent à l'occasion de paroxysmes convulsifs que se produisent les écoulements sanglants; ceux-ci sont précédés ou accompagnés de véritables prodromes psychiques ou convulsifs; ils sont souvent périodiques. Il n'en est pas ainsi dans le cas présent.

Il s'agit d'une hémophilie avec lésions vasculaires subordonnées à un trouble trophique préalable, de nature encore inconnue, et devenant à leur tour la cause des hémorragies.

On peut supposer que l'hémophilie ne dépend pas d'un processus anatomo-pathologique univoque; plusieurs facteurs concourent à sa pathogénie, parmi lesquels les plus vraisemblables sont l'altération du plasma sanguin et de sa coagulabilité, des lésions dégénératives ou télengiectasiques des petits vaisseaux, des troubles de l'innervation motrice, le tout relevant d'une modification profonde et souvent héréditaire de la nutrition, modification dont le sens et la formule restent ignorés.

M. Chauffard conclut qu'il a observé chez sa malade de véritables stigmates hémophiliques comparables, jusqu'à un certain point, aux stigmates sanglants des hystériques, et qui, au point de vue anatomique, méritent le nom de *stigmates télangiectasiques*.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique.— M. le Dr Duhourcau, membre de l'Association pyrénéenne.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Chotard (de Creully): Decaux, médecin aide-major de première classe; Sicard, médecin de première classe de la marine.

Corps de santé des colonies. — Sont nommés :

Au grade de médecin principal : MM. Mestayer, Rançou et Simon.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Ollivier, Rigollet, Lenoir, Talayrach et Legendre.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Vallet, Rencurel et Dourne.

Hôpitaux de Paris. — Aux termes d'un décret réorganisant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris, le nombre des membres du Corps médical faisant partie du dit Conseil est porté de trois à cinq (un médecin, un chirurgien et un accoucheur des hôpitaux, un médecin du service des secours à domicile et un professeur de la Faculté de médecine).

MM. Potain et Lannelongue ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le premier comme représentant les médecins des hôpitaux, le second comme représentant la Faculté de médecine.

MM. les docteurs Millard et Gérin-Rose sont nommés médecins honoraires.

— M. Juramie, directeur de l'hôpital Tenon, est nommé directeur de l'hôpital Beaujon.

Faculté de médecine (2e semestre). — *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Duplay reprendra son cours de clinique chirurgicale le mardi 21 avril, à neuf heures et demie, et le continuera les mardi et vendredi suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire. — M. le docteur Cazin, chef de clinique, dirigera des exercices de clinique chirurgicale, le vendredi, à cinq heures et demie, et M. le docteur Clado, chef des travaux gynécologiques, fera des conférences de gynécologie, le lundi et le mercredi, à cinq heures.

Mort de Constantin Paul. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, professeur-agrégé de la Faculté, et médecin de la Charité.

Ses obseques ont eu lieu mercredi dernier, à la Madeleine.

Le Gérant : O. DOIN

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

La Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne

Par L.-G. RICHELOT.

Chargé par la Société de Chirurgie d'analyser un travail où M. Gougenheim nous propose d'apporter quelques modifications au manuel opératoire de la trachéotomie chez l'adulte, j'ai saisi l'occasion de revenir, à propos de ce rapport, sur une question qui depuis longues années m'intéresse (1).

Faut-il, comme le conseille M. Gougenheim, sectionner au bistouri la peau et la couche sous-cutanée, l'aponévrose cervicale au thermo-cautère ? Je ne crois pas que, pour cet usage, le thermo-cautère ait, aujourd'hui, beaucoup d'admirateurs. Notre collègue pouvait aller plus loin, ce me semble, et abandonner tout à fait cet instrument qui ne ferme que les capillaires, même quand on le manie au rouge sombre, et ne dispense en aucune façon de pincer ou de lier les vaisseaux plus dangereux.

Faut-il, lorsqu'on est arrivé sur l'aponévrose, faire une boutonnière à sa partie supérieure, et passer, de haut en bas, une sonde cannelée pour guider l'incision profonde? C'est là un petit « truc » opératoire dont j'aurais mauvaise grâce à nier l'intérêt, bien qu'il me paraisse minime.

Je n'ai pas trouvé dans le mémoire de notre collègue, la trace d'un réel progrès, qui rende plus sûre et plus bénigne une opération souvent entourée d'écueils. Aussi ce mémoire est-il pour moi une occasion nouvelle de répéter ce que j'ai dit dans mes travaux antérieurs : le meilleur moyen de perfectionner la trachéotomie chez l'adulte, c'est de l'abandonner tout simplement et d'adopter une opération voisine, qui est là tout près, facile, expéditive, sans dangers, que beaucoup de chirurgiens ignorent parce qu'ils ont peu d'occasions de la mettre à l'épreuve, et que maints spécialistes méconnaissent parce qu'ils n'ont pas encore voulu la comprendre. Cette opération, c'est la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

M. Gougenheim m'a répondu d'avance : une laryngotomie qu'il pratiqua chez un tuberculeux fut suivie de mort rapide, le cartilage cricoïde s'étant fracturé et la canule étant sortie. J'ai connu cette opération, qui fut faite à l'hôpital Bichat; c'était la première et ce fut la seule tentative de laryngotomie que voulut faire notre collègue. De mon côté, j'ai opéré des tuberculeux et des cancéreux, dont les cartilages étaient ramollis, fracturés; je n'ai

(1) L.-G. Richelot : « Sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ». (*Union médicale*, 1er juin 1882; Soc. de Chir., 24 mars 1886, et *Union médicale*, 11 avril, 8 et 9 mai 1886, et 26 janvier 1890.)

FEUILLETON

Un point de psychologie militaire.

A l'époque d'insécurité où nous vivons, quand l'ambition des uns, les convoitises des autres, les rancunes de ceux-ci, les inquiétudes de ceux là menacent à tout instant d'ébranler et de détruire l'édifice d'une tranquillité factice et obligent la paix à coucher toute armée, il n'est personne qui ne se soit préoccupé de savoir quels désastres seraient ceux d'une guerre où un nombre jusqu'alors insoupçonné de combattants seront aux prises et disposeront les uns contre les autres des moyens de destruction d'une puissance inouïe. « Quel carnage, quelle boucherie ne sera-ce pas ! » s'écrie-t-on de tous côtés.

Si, comme on l'entend dire un peu partout, la crainte de ces monstrueuses hécatombes est une des causes qui retiennent encore les cœurs et les bras de ceux qui brûlent de donner le signal de la grande ruée des peuples en armes, ce serait un crime que d'essayer d'atténuer cette crainte. Mais pareilles considérations n'ont jamais arrêté la course des conquérants. Napoléon, visitant, le lendemain du combat, le champ de bataille d'Eylau, s'écria, dit-on, avec une réelle émotion : « Si tous les rois de la terre pouvaient contempler un pareil spectacle, ils seraient moins avides de guerres et de conquêtes ». On était en 1807 !! et que de spectacles d'égale horreur n'offrit-il pas encore au monde terrifié !

Pour nous, médecins, qui auront un rôle douloureux à jouer dans les drames de l'avenir, il est d'un intérêt poignant de savoir en face de quoi nous nous trouverons et à quelles nécessités nous devrons suffire. La preuve en est dans les recherches entreprises partout par les médecins militaires sur les effets des nouveaux engins. Malheureusement, le résultat de ces expériences, en nous renseignant sur la qualité des lésions, ne nous apprennent rien sur leur fréquence. C'est à d'autres sources qu'il faut aller puiser les éléments d'une réponse à cette seconde question.

Or, j'ai trouvé une partie de ces éléments dans un travail très original et fort remarquable publié dans les bulle-

pas eu le moindre déboire, et mes malades ont parfaitement toléré leur canule.

Autre objection : « la laryngotomie, en rendant très difficiles les mouvements des deux cartilages l'un sur l'autre, peut avoir, au point de vue de la fonction vocale, de fâcheuses conséquences ». Où sont les preuves ? J'ai opéré surtout, moi aussi, « des tuberculeux, des syphilitiques et des cancéreux ». Les tuberculeux et les cancéreux sont morts au bout de quelques mois, les syphilitiques ont porté leur canule indéfiniment ; chez aucun je n'ai dû me livrer à une étude minutieuse de la voix. Tout ce que je puis dire, c'est que jamais je n'ai vu irritation ni douleur du côté des cordes vocales. Déjà M. Després, dans nos discussions, avait prétendu que le voisinage de la glotte aurait de fâcheuses conséquences; mais je n'ai rien observé de semblable, et l'argument me paraît imaginé pour les besoins de la cause.

J'ai le regret de voir que mon ami Gougenheim n'a pas été convaincu des bons effets de la laryngotomie par une opération que j'ai faite à un de ses propres malades, et dont il a vu de près les suites. Le 17 octobre 1892, à deux heures du matin, on m'appelle en toute hâte auprès d'un Chilien que soignait notre collègue pour un rétrécissement syphilitique du larynx. Au moment où j'arrive, le malade est mourant, on lui donne l'extrême-onction; je m'approche du lit, je touche avec l'ongle de mon index gauche le bord inférieur du thyroïde; je fais au-dessous une incision d'un centimètre; d'un second coup de bistouri, je ponctionne la membrane, et j'introduis la canule à bec. L'opération ne me demanda pas plus de temps que je n'en mets à vous la décrire; le malade fut ressuscité. Je pense que, si M. Gouhenheim avait été là, il aurait trouvé la manœuvre si simple qu'il n'aurait plus songé à perfectionner la trachéotomie. Malheureusement, il ne vit son malade qu'au lever du jour; du moins, ce qu'il vit alors, eût-il dû l'empêcher d'écrire ce que je vous ai dit. La canule n° 1 de la filière Charrière, d'un calibre inférieur à 9 millimètres, suffisait largement à la respiration; elle tenait très bien, ne se dérangeait pas, ne causait aucune douleur. Tous les mouvements du cou étaient libres; donc elle ne rendait pas « très difficiles les mouvements des deux cartilages l'un sur l'autre ». Elle fut changée trois semaines plus tard pour une autre identique. Entre temps, M. Gougenheim avait repris le traitement de la sténose laryngée et pratiquait des examens laryngoscopiques; mais le malade n'eut pas assez de patience et retourna au Chili avec sa canule, dont il s'accommodait fort bien.

Ce qui manque à beaucoup de chirurgiens, c'est d'avoir vu faire l'opération comme elle doit être faite et d'oser la faire simplement. Je l'ai répété maintes fois, tout ce qu'on a écrit sur le manuel opératoire est erroné; l'anatomie de la région est nulle, les dangers n'existent pas. Ceux qui enseignent une incision longue, une dissection lente avec des écarteurs et un attirail hémostatique, font fausse route et démontrent mal les avantages que doit avoir une manœuvre si délicate sur l'ancienne trachéotomie. Ils donnent aux médecins l'impression d'une opération nouvelle à apprendre et d'une éducation à recommencer; tous reculent devant l'inconnu. Si, au contraire, on voit les choses en chirurgien, tout est simple, élémentaire, et l'opération se décrit en quelques mots : prendre, comme point de repère, le bord inférieur du thyroïde sur la ligne médiane, le soulever pour agrandir l'espace, ou, ce qui revient au même, défléchir légèrement la tête; puis, avec le

---

tins d'une société scientifique de province, par le commandant breveté d'état-major, Lalubin (1).

L'auteur de ce travail a appliqué à la discussion de ses idées la méthode de l'observation et de l'expérience. « On lui doit, dit-il, les remarquables progrès réalisés dans les sciences physiques et naturelles; pourquoi ne pas l'appliquer en matière militaire ? » En quoi, d'ailleurs, il a parfaitement raison.

Il est arrivé, comme bien d'autres, qui avaient fait les mêmes calculs, à ce résultat consolant que « plus les engins de destruction sont meurtriers, moins il y a de pertes ». Le paradoxe n'est qu'apparent, et il explique la contradiction des deux faits par cette proposition que, non sans courage, il a prise pour titre d'un des chapitres de son ouvrage : « Sur le champ de bataille le soldat est dominé par le sentiment de la conservation : il a peur ». Si les pertes diminuent à mesure que l'armement se perfectionne, c'est que les troupes tiennent moins longtemps devant les effets plus effrayants du feu; cela ne fera que s'accentuer, et, dans l'avenir, « on sera moins tué parce qu'on fuira davantage ».

Il ne se dissimule pas que ce qu'il avance paraîtra exagéré et même choquant; que ce sont là des idées peu connues ou peu admises; que les faits qu'il rapporte « ne sont pas ordinairement relatés dans les ouvrages historiques et les rapports officiels », soit que la bonne foi des auteurs ait été surprise, soit qu'ils aient eux-mêmes reconnu « qu'il importait de cacher certaines défaillances ».

Ces faits n'en sont pas moins exacts et se conçoivent du reste fort bien. « Le soldat, dit-il, n'est pas une machine Il sera toujours un être en chair et en os, nerveux et sensible. Sur le champ de bataille, cette sensibilité, cette impressionnabilité sont fortement surexcitées.

« Le combattant est dominé par le sentiment de la conservation. Il ne méprise pas la mort; le danger n'exerce pas sur lui sa fascinante séduction, comme disent les poètes, et le plus belliqueux veut bien tuer, mais à la condition de ne pas s'exposer à être tué... Des soldats qui vont

(1) « Des effets de la peur chez le combattant et des feux d'infanterie exécutables sur le champ de bataille », par le commandant Lalubin, de l'infanterie de marine, breveté d'état-major. (*Bulletin de la Société académique de Brest*, 1895.)

bistouri, *faire un trou* et passer la canule à bec. On voit à peine un filet de sang, quelquefois rien, et l'opération dure une minute, ce qui n'est pas sans intérêt dans les cas d'asphyxie rapide.

Un jour, un de mes internes, qui connaissait bien ma pratique, se présentait à l'examen de médecine opératoire; justement, son examinateur lui demande une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Très imbu de mes principes, il exécute l'opération comme je vous l'ai décrite; en un instant il avait placé la canule. Grand étonnement de l'examinateur, qui adresse au candidat de vives remontrances pour n'avoir pas procédé avec méthode et n'avoir pas fait une longue incision, placé des écarteurs à droite et à gauche, disséqué couche par couche, etc. Mon élève, d'un caractère assez indépendant, lui répond : « C'est ainsi que j'ai vu opérer M. Richelot, je n'opérerai jamais autrement ». L'examinateur était homme d'esprit, il s'inclina doucement et reçut le candidat.

Quelle morale devons-nous tirer de cette histoire? Je reconnais volontiers que, dans un examen, ce qu'on demande à l'élève, c'est un exercice réglé, une manœuvre par temps successifs, qui montre si la main est sûre et habile à manier les instruments; et je dois convenir, qu'à ce point de vue, notre collègue avait raison. Mais, d'autre part, puis-je en vouloir à mon interne d'avoir exécuté, sans lenteurs inutiles, une opération qu'on pratique souvent d'urgence, sans outils et sans aides, d'avoir fait, en un mot, l'opération comme elle doit être faite?

J'y tiens absolument; c'est ainsi qu'il faut opérer pour que la laryngotomie constitue un réel progrès; c'est ainsi qu'elle est facile, bénigne, à la portée de tous. Du moins est-elle facile, très facile, dans l'immense majorité des cas et, si parfois la situation est plus délicate, c'est pour faire ressortir encore mieux ses avantages. En voici un exemple :

Un sculpteur renommé mourut, il y a deux ans, d'un cancer du larynx. M. Poyet lui donnait des soins et l'avait prévenu qu'il serait bientôt urgent d'ouvrir les voies aériennes. On vint me chercher, le 15 avril 1894, à six heures du matin, pendant une absence de M. Poyet; l'asphyxie était imminente et je n'hésitai pas. Tout d'abord, mon embarras fut grand; c'était un homme de soixante-douze ans, d'une santé vigoureuse, d'un courage à toute épreuve, mais il avait un cou gros et court, au milieu duquel on ne distinguait rien, ni larynx ni trachée. En examinant comme je pouvais, malgré la dyspnée extrême et les mouvements incessants, j'arrivai à reconnaître que, dans l'inspiration, le larynx plongeait littéralement, se cachait tout entier derrière le sternum et le dépassait à peine dans l'expiration, pour disparaître aussitôt; la trachée, à plus forte raison, n'était accessible à aucun moment. J'aurais bien voulu voir manier le thermo-cautère et la sonde cannelée dans un cas pareil. J'explorai avec patience, et comme il y avait une zone tuméfiée autour du larynx, mon doigt ne pouvait sentir le bord inférieur du thyroïde, qui, dans ses mouvements désordonnés, se dérobait à la pression. Le seul point de repaire que je pus saisir au passage fut la saillie du cricoïde; c'est elle, d'ailleurs, que j'ai signalée, lors de mes premières opérations, comme étant toujours très nettement accentuée chez l'adulte et pouvant guider sûrement quand les limites du thyroïde échappent à l'examen. Voici donc comment je procédai : pendant un mouvement d'expiration, j'appuie mon index gauche dans le creux sus-sternal, je touche le cricoïde au moment où il apparaît, et au-dessus de mon doigt je fais une courte incision;

---

en venir aux mains n'ont pas hâte de s'égorger Ils ne sont pas non plus, en dépit d'une autre expression consacrée, magnifiques d'entrain et de bravoure. Loin de là, ils sont inquiets de ce qui va arriver; ils ont le cœur étreint par l'angoisse S'ils crient, s'ils se ruent en avant, c'est pour s'étourdir. Ils ont ainsi toutes les apparences de la bravoure, mais leur courage n'est pas de bon aloi. S'il en est qui n'ont jamais connu la peur, ce sont des natures d'élite qui ont le cœur fortement trempé, mais qui sont excessivement rares. Dans l'action, du reste, ils se comportent comme les autres, emportés par le courant d'émotion qui se propage comme une traînée de poudre dans la foule des combattants ».

L'éducation, la discipline, l'amour-propre et la présence d'une galerie (ici ce sont les camarades et les chefs) permettent de réfréner ce sentiment, de le dominer dans une certaine mesure, mais ne le suppriment pas. La valeur d'une troupe dépend justement de la proportion dans laquelle elle est maîtresse de son émotion; mais il n'existe pas d'armée, si valeureuse et si aguerrie soit-elle, qui ne présente une limite à ce genre de maîtrise, de possession de soi-même; quand cette limite est atteinte, les plus vieilles troupes se débandent comme les plus jeunes.

Or, on ne connaît l'exacte mesure de cette résistance qui ne varie, des meilleures aux plus mauvaises troupes, que dans des limites relativement restreintes; elle est fournie par le *pour cent* des pertes. Dès que celles-ci atteignent un certain chiffre, il n'est plus de combattants qui puissent tenir. C'est pour cela que les batailles sur mer sont toujours plus meurtrières que les autres. Là, le matelot sait qu'il ne peut fuir; il faut qu'il subisse le feu jusqu'à ce que des forces morales très supérieures à la sienne (celles des officiers et du commandant) aient été elles-mêmes brisées. Et malgré cela, ces combats cessent encore avant la destruction complète de l'un des adversaires.

« Le *Huascar*, dit le commandant Gougeard, qui fut général à l'armée de la Loire et ministre de la Marine, renonça au combat contre les navires chiliens *Blanco Encalada* et *Cochrane*, lorsqu'il eut reçu dans sa coque, dans son artillerie et dans son équipage des sévices qu'il fut incapable de supporter plus longtemps. Son artillerie

l'inspiration arrive, le larynx fuit sous le bistouri et s'enfonce dans la poitrine. Au second mouvement ascensionnel, j'approfondis l'incision; au troisième, je pique la membrane au vol, le larynx disparait encore; au quatrième, j'enfonce la canule, l'air pénètre et le malade est soulagé. Je m'étais muni, comme je le fais toujours, d'une canule de 10 millimètres et d'une canule d'enfant; c'est de la seconde que je me servis, pour être sûr de ne pas manquer l'espace et de l'enfoncer d'un seul coup. Elle était suffisante, car un adulte peut respirer, en marchant, à travers un simple cure-dent tenu dans la bouche. Mais comme elle était petite et mobile, elle sortit de la plaie dans la journée; un de mes internes, placé auprès du malade, la remplaça par celle de 10 millimètres, qui fonctionna très bien.

Malheureusement, avant d'opérer, j'avais trouvé, á l'auscultation, des râles sibilants dans toute la poitrine, et j'eus bientôt la preuve que la sténose laryngée était la moindre cause de l'oppression. Le soulagement très réel que le malade éprouva ne dura qu'une partie de la journée, malgré l'application de ventouses, de sinapismes, etc. La nuit fut mauvaise, la congestion pulmonaire fit de rapides progrès, et le malade, comprenant bien la situation, toujours courageux et souriant au milieu des siens, s'éteignit à la fin du second jour.

Je ne puis donner cette opération comme ayant été facile. Néanmoins, elle ne m'a demandé qu'un peu de sang-froid et de précision dans les mouvements; comme toujours, la région à traverser était simple, sans vaisseaux ni organes dangereux. Au contraire, la trachée était inabordable, entièrement cachée derrière le sternum et les troncs veineux brachio-céphaliques; un chirurgien ne sachant pas ouvrir le larynx aurait dû se retirer sans rien faire.

Donc, s'il y a des cas où la laryngotomie n'offre pas toute la facilité qui est son mérite ordinaire, dans ces cas-là elle est seule possible, et par suite elle conserve toute sa supériorité.

Je terminerai par quelques propositions qui résument ce que j'ai écrit antérieurement sur la laryngotomie.

Et d'abord, il est bien entendu qu'il s'agit en ce moment de l'ouverture des voies aériennes *chez l'adulte*, car, jusqu'à douze ans, disent les auteurs, et même un peu plus tard, il n'y a pas de place pour une canule entre les deux cartillages du larynx.

Il semble vraiment qu'après nos discussions à la Société de Chirurgie, la laryngotomie eût dû être adoptée d'une façon générale. Or, il n'en est rien; c'est toujours de la trachéotomie qu'on parle, et c'est elle qu'on pratique à tous les âges. Les médecins n'ont pas écouté ce que nous disions alors, et paraissent ignorer qu'il y a là, tout près, une opération toujours plus facile. Je trouve donc utile de revenir sur cette question et de répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, que la trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse, aléatoire, et que, dans une foule de cas, la laryngotomie doit lui être préférée.

Déjà, en 1862, Decès (de Reims), pour éviter les gros vaisseaux, propose d'ouvrir la trachée tout près du cricoïde. Nélaton, montant un peu plus haut, resèque un fragment du cartilage pour placer la canule, parce qu'il ne sait pas que l'espace membraneux est suffisant pour lui donner passage. Plus tard, au lieu de continuer dans cette voie, les chirurgiens, toujours ignorants de l'espace membraneux, redescendent et cherchent à prévenir l'hémorragie avec le galvano-cautère. Enfin, Krishaber est amené par le hasard à placer la canule entre les

---

était réduite de moitié; il avait perdu, il est vrai, six officiers sur sept, mais un tiers seulement de l'équipage était hors de combat, le bateau n'avait souffert ni dans ses œuvres vives (partie immergée de la coque) ni dans ses moyens de locomotion, et ses avaries n'étaient pas si graves qu'il ne pût, deux mois plus tard, reprendre la mer sous le pavillon du vainqueur. Il s'est rendu pourtant, après un combat qui, de l'avis de tous, doit être considéré comme vaillamment soutenu. Il s'est rendu par les mêmes raisons qui, dans le passé, depuis les origines de la marine, ont entrainé la capture de tous les navires. Ce fait est digne de remarque. C'est qu'en définitive, que les engins soient primitifs ou perfectionnés, *ce sont toujours les hommes qui s'en servent et qu'il y a une limite aux sévices qu'ils peuvent supporter* (1). »

C'est donc la capacité de résistance aux sévices qui détermine la victoire entre deux groupes de comba tants, et voilà pourquoi le vainqueur a souvent plus de pertes que le vaincu, toutes conditions égales par ailleurs, parce qu'ayant eu plus de moral, il a pu rester plus longtemps exposé au feu.

Il est clair qu'à mesure que l'armement devient plus meurtrier, — étant donné que la distance entre les combattants ne peut être indéfiniment augmentée, à cause de la visibilité et des accidents du terrain — le nombre et la gravité des sévices augmenteront si rapidement que la limite de la résistance à les endurer sera de plus en plus rapidement atteinte et que les batailles seront plus courtes D'où cet aphorisme formulé par l'auteur du travail que j'analyse : « la force morale décroît avec les perfectionnements apportés aux engins de destruction ».

Cette prétendue peur, dira-t-on peut-être, est-elle donc si générale? Des faits innombrables semblent démentir cette humiliante doctrine et prouver que si le soldat a peur, du moins sait il ne pas le laisser voir. Notre auteur a prévu l'objection et la combat justement par ce besoin qu'on éprouve de parler si souvent de courage et de faire parade de ce sentiment. S'il en était autrement, aurait-il sa place dans l'histoire, ce sous-officier qui, écrivant une

(1) GOUGEARD : *La Marine de guerre*, son passé, son avenir. Cuirassés et torpilleurs.

deux cartilages; il pense avoir inventé cette manœuvre. On découvre que Vicq-d'Azyr en a eu l'idée première, que Gross, à Philadelphie, et Ericbsen, à Londres, l'ont déjà préconisée, et, somme toute, la chirurgie est dotée d'une nouvelle et précieuse ressource que nous ne devons pas laisser péricliter.

Si on essaie de comprendre l'opération d'après les descriptions qu'en ont données quelques thèses, on n'est pas frappé tout d'abord de sa supériorité. On a refait tout d'abord l'anatomie de la région, énuméré des couches, pris des mesures ; on a divisé la laryngotomie en temps successifs, on l'a compliquée à plaisir, si bien que la lecture en donne une très fausse idée. Ne la voyez et ne la faites pas ainsi. L'anatomie de la région est nulle : peau, tissu cellulaire, membrane crico-thyroïdienne ; pas une veine, pas une artère sur la ligne médiane, des ramuscules insignifiants qui ne saignent pas; aucun organe, rien. Inutile de placer des écarteurs ; inutile de disséquer couche par couche et de regarder ce qu'on fait. Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber ; aucune installation du malade. Défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque ; mettez l'ongle de l'index au bord inférieur du thyroïde, sur la ligne médiane ; incision d'un centimètre à partir de ce bord, second coup de bistouri pour le tissu cellulaire, un coup de pointe à la membrane — rien de plus — et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini. Je considère les descriptions détaillées comme superflues et nuisibles ; si vous cherchez à faire mieux, vous faites plus mal, vous n'avez pas compris l'opération.

Bien que Trousseau ait recommandé les larges canules, il est amplement démontré qu'une canule de 9 à 10 millimètres, celle qui va toujours bien dans l'espace membraneux, suffit à la respiration chez l'adulte. Je l'ai vu fonctionner pendant de longs mois. Les dimensions de l'espace et de la canule ne fournissent donc pas d'objections sérieuses. On en a fait d'autres qui n'ont pas plus de valeur, et que j'ai réfutées dans mon mémoire de 1886; je ne m'attarde pas à les reproduire.

Je ne veux pas dire que la laryngotomie n'ait jamais de contre-indication. Il est clair que, s'il s'agit d'un rétrécissement de la partie supérieure de la trachée, il faut bien ouvrir plus bas. Mais presque toujours on est libre de choisir, et on fait, selon moi, une véritable faute en ne choisissant pas l'opération la plus simple et la plus bénigne, celle qui peut éviter une catastrophe dans les cas de mauvaise installation ou d'urgence absolue, sans compter les autres.

Après avoir vu plusieurs trachéotomies désastreuses entre des mains habiles, j'ai fait aujourd'hui une quinzaine de laryngotomies, toujours avec la même facilité et sans le moindre accident. J'ai donc le droit de répéter ce que j'ai dit ailleurs : « Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points; la seconde est une imprudence ». C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention, et qu'il me paraît utile de remettre en lumière.

Une mère prolifique. — Un cas assez rare est rapporté par un journal russe : une jeune paysanne de vingt-trois ans a mis au monde 10 enfants dans l'espace de quatre ans ! Un an après son mariage, elle accoucha d'un garçon ; l'année suivante de 2 garçons ; puis, en décembre 1894, de 3 filles, et, en septembre 1895, de 4 enfants (3 garçons et 1 fille). Seuls, les trois derniers garçons ont survécu. La mère n'a que 1 m. 40 de taille et 55 kilos de poids.

note sous la dictée de Bonaparte, au siége de Toulon, fut couvert de terre par une bombe et se contenta de sourire, en disant qu'il n'aurait pas besoin de sable pour sécher son écriture? Et le colonel Dugenne, à Bac-Lé, aurait-il été si heureusement surpris, lorsqu'après avoir dicté, au milieu des balles qui sifflaient nombreuses, un ordre à un adjudant, il examina le papier et constata que pas une lettre n'était tremblée ?

Chaque soldat, considéré isolément, éprouve donc, sur le champ de bataille, cette impression déprimante de la crainte. Mais au lieu d'y être seul, il y est entouré d'un nombre considérable d'autres soldats; il est englobé dans une foule compacte et homogène dont il fait partie, dont il est un des éléments.

Ceux qui ont lu les études de M. Gustave Lebon sur la *Physiologie des foules*, ou seulement la courte causerie dont elles furent une fois le prétex e dans ce journal (1), concevront facilement les modifications que l'âme d'une foule armée peut faire subir à la peur individuelle et les conséquences qui doivent en résulter au point de vue des étranges phénomènes psychologiques qu'on observe sur le champ de bataille. « ... Le soldat lancé au milieu du feu s'affole pour un rien. Tout ce qu'il fait, il l'exécute machinalement, sans réflexion. Dans cet état vibratoire, il s'en faut de beaucoup qu'il marche avec la régularité apportée dans les exercices au champ de manœuvre. Il tremble et les mains qui tiennent l'arme ressentent le contre-coup de cette agitation intérieure. Son coup de feu est incertain. S'il fait partie d'une ligne sur laquelle les projectiles s'abattent, il ne vise plus, il n'épaule plus, il ne prend même plus la hausse, il tire dans le bleu, comme il peut, pour s'occuper et se distraire de sa peur.... S'il n'en était pas ainsi, pourquoi cette différence entre les tirs du polygone, qui donnent entre 50 et 80 pour *cent* de balles mises, et ceux du champ de bataille où la proportion s'abaisse à 3 et 4 pour *mille?*.... Pourquoi faut-il disposer en arrière d'une troupe qui aborde une position ou qui en est chassée, des fractions en ordre et bien en main? C'est que cette troupe vient de subir une crise sérieuse; le désordre s'est forcément mis dans ses rangs; sa cohésion n'existe plus,

(1) Voir *Union Médicale:* « Les Foules » (n° du 4 mai 1895).

Association française pour l'Avancement des Sciences

—

. CONGRÈS DE CARTHAGE (1er au 7 avril 1896)
Suite et fin (1).

Le cancer de l'ampoule de Vater a fait l'objet d'une très intéressante communication de M. HANOT (de Paris). C'est une maladie rare, comme le dit le médecin de Saint-Antoine. Dans sa thèse, le Dr M. Busson n'a pu en réunir que onze cas, publiés antérieurement, ayant trait à huit hommes et à trois femmes.

Voici les symptômes : ictère chronique, progressif, apyrétique, avec décoloration des fèces, sans douleurs vives, avec hypertrophie moyenne du foie, amaigrissement croissant jusqu'à la mort, survenue quelquefois moins de cinq mois, rarement plus de neuf mois, après le début des accidents. Dans les deux observations de Merckel, la maladie s'est terminée par péritonite, sans perforation intestinale.

Dans un cas où l'examen histologique a été fait, il s'agissait d'épithéliome à cellules cylindriques.

Busson signale quelques particularités relevées dans les observations qu'il rapporte.

Deux fois, le début de l'ictère fut brusque. Dans le cas de Stokes, l'ictère était intermittent : « Il est probable que le champignon cancéreux, placé à l'extrémité du canal cholédoque, jouait le rôle de soupape, qui se soulevait par intervalle, permettant à la bile de s'écouler librement dans l'intestin pendant assez longtemps pour que la bile pût s'écouler ».

Dans la première observation, l'ictère a fait complètement défaut. La malade de Féréol présenta du mœlena.

Pour le diagnostic, Busson rappelle que Bar et Pic ont attribué au cancer du pancréas un syndrôme spécial : ictère à début rapide et progressif : distension énorme de la vésicule biliaire, facilement perceptible à la palpation ; amaigrissement et cachexie rapides ; courte durée de la maladie. M. Busson ajoute : « Ces symptômes, comme nous l'avons vu, s'appliquent absolument au cancer de l'ampoule de Vater ; de plus, ils ne s'appliquent pas toujours au cancer du pancréas, celui-ci ne siégeant pas exclusivement dans la tête. Et lors même que la tête en serait le siège exclusif, les symptômes examinés plus haut pourraient ne pas toujours se rencontrer réunis, le canal cholédoque n'ayant, chez certains sujets, aucune connexion intime avec la tête du pancréas.

En somme, les symptômes cités par Bar et Pic ne s'appliqueraient pas à tous les cas de cancers du pancréas, tandis qu'on les rencontrerait toujours dans le cancer de l'ampoule de Vater.

M. Hanot cite alors une nouvelle observation, qui lui est personnelle, que nous regrettons de ne pouvoir transcrire *in extenso*, et au sujet de laquelle il fait les réflexions suivantes :

Chez sa malade la durée de l'affection a été beaucoup plus longue que dans les cas cités par Bresson. En effet la durée de la maladie avait dépassé rarement neuf mois : ici elle a été de dix mois. Le syndrôme clinique était constitué par une augmentation de volume du foie, de la vésicule biliaire et de la rate, avec ictère chronique et décoloration des fèces sans coliques hépatiques.

M. Hanot avait noté une leucocytose constante qui pouvait faire penser à l'existence d'un cancer, et l'absence d'urobilinurie qui rendait l'hypothèse d'une lésion importante du foie, difficile à soutenir. Il y avait donc lieu de suspecter un cancer de la tête du pancréas.

On remarquait aussi que sur la pièce cholédoque et le canal de Wirsung s'ouvraient par un orifice spécial dans l'ampoule de Vater. L'examen histologique démontra que la tumeur était constituée par un épithélium cylindrique, sans aucun foyer de généralisation, comme dans le cas du Dr Pillet.

On peut s'étonner du peu de faits semblables connu, jusqu'aujourd'hui, devant la fréquence relative des autres cancers orificiels.

Ne pourrait-on pas se demander si un tel cancer, si limité, n'est pas justiciable d'une intervention chirurgicale

Il signale encore deux points.

L'ictère du malade avait diminué progressivement. L'autopsie a montré que l'obstacle à l'écoulement de la bile avait persisté ; mais la bile avait fini par s'altérer. Il s'ait produit le phénomème que M. Hanot désigne sous le nom d'acholie pigmentaire. On avait noté aussi pendant quelque temps cet œdème unilatéral droit signalé par M. Hanot dans certaines maladies du foie.

(1) Voir l'*Union Médicale* du 11 avril 1896.

---

sa force morale s'est, en quelque sorte, évaporée. En ce moment, cette troupe n'est plus capable d'aucun effort, ni susceptible d'aucun rendement, et il y a urgence à lui en substituer une autre qui, jusque là soutraite, autant que possible, aux influences énervantes de la lutte, n'ait pas éprouvé de déperdition dans son moral ».

Ces influences apparaissent plus saisissantes encore si l'on examine quelques cas particuliers.

Voici deux lignes de cavalerie opposées. L'une d'elles, immobile, attend le choc de l'autre. Quelle est la probabilité théorique ? La ligne immobile, bien rangée, couche, à son aise, en joue les assaillants ; elle peut choisir une portée où son tir soit sûr, et d'une seule décharge elle doit abattre tout le premier rang. Il n'en est rien cependant. La troupe immobile est culbutée, rompue d'avance. Jamais, paraît-il, cela ne se passe autrement. C'est qu'en restant exposée à une menace morale de cette sorte, en ne faisant pas subir à la troupe adverse une menace équivalente, elle a créé, à son détriment, un état d'infériorité extrême.

Les deux lignes marchent elles l'une sur l'autre ? Il est possible que la limite de la force morale de l'une des deux soit atteinte avant la rencontre, auquel cas celle-là tourne bride et fuit. Mais si leur énergie a toutes deux est égale et qu'elles aillent jusqu'au contact, va-t il y avoir choc, écrasement d'hommes et de chevaux? Jamais. La peur du choc est telle que les cavaliers arrêtent net leurs montures, nez a nez, sur leurs jarrets raidis. Il y a un instant de suspension, puis la mêlée s'engage. Mais de choc, point.

Pour les mêmes raisons, jamais une ligne de cavalerie ne franchit la face d'un carré. Elle s'arrête presque à le toucher, le nez des chevaux sur la pointe des baïonnettes, et repart. Et les carrés ne sont rompus que dans deux cas : ou bien la menace de la trombe qui arrive sur eux à fond de train, les terrifie, en fait flotter les faces, qui s'enfoncent et s'ouvrent d'elles-mêmes avant l'arrivée des chevaux ; ou bien le même sentiment de peur, insuffisant pour briser la ligne, a poussé les hommes à tirer sur les chevaux à bout portant. Ceux qui ont été atteints, incapables de retenir leur élan, sont emportés par la vitesse acquise, traversant les lignes comme des boulets et font autant de brèches au carré.

L'analyse des faits conduit au même résultat s'il s'agit

Dans la communication très intéressante de M. Hanot, M. le professeur BARD (de Lyon) tient à relever deux points : à savoir, les rapports qui existent entre la marche de la maladie et la nature anatomique du cancer dans le cas qu'il a observé, et, en second lieu, le point de départ de la tumeur dans les cas analogues.

1° Avant son premier travail sur le cancer du pancréas, fait avec M. Pic, on avait déjà publié des cas de cette affection, mais on avait méconnu les bases de son diagnostic, ce qu'on avait réuni dans une description commune, les cancers primitifs et les cancers secondaires du pancréas ; or, les premiers seuls ont une symptomatologie qui leur est propre.

Il ne reviendra pas sur les caractères de cette symptomatologie. Il insistera seulement sur les caracteres de la marche de l'affection.

Dès ce premier mémoire, il tient en opposition une forme très rapide, forme à marche beaucoup plus lente, durant de un à deux ans.

La première est constituée par des tumeurs nées de l'épithélium pancréatique glandulaire, la seconde par des tumeurs nées de l'épithélium cylindrique des canaux excréteurs. L'opposition de durée de ces deux formes résulte précisément des propriétés biologiques propres des deux épithéliums considérés.

Sur ce premier point, l'observation de M. Hanot concorde, puisqu'il s'agit d'une tumeur d'épithélium cylindrique et d'une marche lente.

2° Le seul point, plus délicat, concerne le diagnostic différentiel des tumeurs du pancréas et de celles dites de l'ampoule de Vater.

Ces dernières sont beaucoup plus rares qu'on ne pourrait le croire. M. Hanot en a retrouvé, dit-il, une douzaine dans les auteurs, mais il reconnait que plusieurs de ces observations sont douteuses. M. Bard croit qu'en dehors du fait très positif de M. Hanot, on pourrait à peine en accepter deux ou trois autres.

Il arrive que les cancers dits de l'ampoule de Vater ont, à peu de choses près, la symptomatologie de ceux du pancréas, d'où quelques auteurs ont voulu conclure que le diagnostic du cancer du pancréas ne comportait pas de précision.

M Bard fait ensuite remarquer que cancer de l'ampoule de Vater et cancer du pancréas sont deux termes cliniques dont la différenciation est bien peu importante ; mais, en réalité, on doit les distinguer. Il a eu l'occasion d'observer des cas de cancer du duodénum occupant la région de l'ampoule de Vater. Ces cas ont été publiés par M. Pic, il y a deux ans. Or, la symptomatologie était celle du cancer de l'estomac avec rétrécissement pylorique et non celle décrite pour le cancer du pancréas. Le fait est dû, d'une part, à ce que le cancer du duodénum, comme tous les cancers de l'intestin, a une tendance annulaire et crée un rétrécissement digestif ; d'autre part, à ce que la consistance de la tumeur est, en pareil cas, beaucoup moins dure que celle des tumeurs pancréatiques, et, par suite, ne crée pas aussi facilement l'obstruction du canal cholédoque.

Dans cette manière de voir, comment interpréter alors le fait de M. Hanot et les faits similaires ?

Dans le cas de M. Hanot, on remarquera que la tumeur fait saillie comme un bourgeon dans l'ampoule, sans extension latérale, sans aucune tendance à former un rétrécissement de l'intestin. Ce fait provient de ce que la tumeur a dû avoir pour point de départ les canaux pancréatiques, à leur extrémité terminale Il s'agit, dans ce cas, d'un cancer pancréatique excrétoire, au même titre que dans les cas où le point de départ est dans les canaux intraglandulaires.

Il n'y a donc pas lieu d'y voir une objection contre le syndrome que M. Bard décrit pour le cancer du pancréas. Ce fait de M. Hanot n'en présente pas moins un très grand intérêt. Il démontre qu'il faut dédoubler la forme excrétoire. Ce dédoublement doit comporter deux formes : dans l'une, la plus fréquente, la tumeur nait des canaux intraglandulaires ; dans l'autre, forme orificielle, la tumeur nait de l'embouchure même du canal pancréatique.

La distinction de ces deux formes est anatomiquement facile. Dans l'une, la tumeur est constituée par un bourgeon saillant dans l'ampoule de Vater et de base relativement étroite ; dans l'autre, la tumeur s'étale sur les parois du duodénum, créant un rétrécissement annulaire, le plus souvent complet.

Au point de vue clinique, le problème n'est pas insoluble. Ce problème est double. Il comporte tout à la fois la distinction des deux formes pancréatiques excrétoires entre elles et, d'autre part, la distinction de la seconde de ces formes d'avec les cancers du duodénum.

---

de combats d'infanterie. « Avant l'apparition des armes à feu, dit le commandant Lalubin, il était presque toujours possible d'amener les combattants, tremblants il est vrai, à en venir réellement aux mains ». C était encore possible avec l'arquebuse et le mousquet; cela ne l'est plus avec la portée et la rapidité de tir des armes actuelles. Les corps à corps entre lignes opposées sont exceptionnels, involontaires ou imprévus. « A mesure que deux lignes se rapprochent, affrontant dans un terrible effort de volonté la menace des coups de feu, il en est une dont le pouvoir moral faiblit bientôt au point de ne plus pouvoir contre-balancer la peur du fusil, le plus terrible engin de guerre qu'on ait inventé, dit Napoléon.....; l'une d'elles, la plus tremblante, n'a pu supporter plus longtemps les pertes qu'elle subissait, ou n'a pas cru pouvoir en infliger d'équivalentes à l'autre; elle a senti devant elle une résolution supérieure à la sienne, et elle a cédé; tous les raisonnements n'y feront rien... Faire une trouée, rompre une ligne, culbuter, enfoncer ou renverser des bataillons, sont des expressions impropres et imaginées qui donnent, si l'on veut, de la force et de la couleur au style, mais qui ne rendent pas la réalité des choses. La réalité, c'est la menace morale exercée, il est vrai, à l'aide de moyens matériels, qui agit sur les combattants. Sur la partie de la ligne de bataille, où cette menace n'est plus supportable, le vide se fait par la débandade des troupes qui l'occupent. Mais l'adversaire, en prenant la place de ces troupes n'a pas, à proprement parler, fait la trouée, ni rompu ni culbuté ces troupes ».

J'ai dû me borner aux grands traits de cette curieuse étude avec un si vif regret, que la place me manque pour y ajouter mille détails infiniment curieux et attachants, qui font, du travail de tactique militaire du commandant Lalubin, un passionnant mémoire de haute et vraie psychologie. Il faut conclure, en nous plaçant à un autre point de vue que celui qu'il avait à envisager.

Puisque c'est le rapport des pertes aux effectifs engagés qui règle en quelque sorte le résultat des batailles, la nécessité des gros bataillons est devenue inéluctable, et son importance de tout premier ordre. Il nous faudrait donc pouvoir suivre, en France, la progression des effectifs étrangers. Nous ne le pouvons pas en ce moment. Il faut donc,

Ce dernier point du problème est le plus facile à élucider. Le cancer du duodénum a la symptomatologie bien connue du cancer du pylore ou de celui de l'intestin, tandis que la forme pancréatique orificielle, dite de l'ampoule de Vater, a la symptomatologie des cancers du pancréas.

M. Bard appelle l'attention sur un point fort intéressant, bien mis en lumière par M. Hanot, à savoir que, dans son cas, non seulement la marche avait été très lente (plus de deux ans), mais encore qu'il y avait eu des périodes de rémission pendant lesquelles l'ictère avait presque complètement disparu.

Il faut voir là des symptômes en rapport avec le siège même de la tumeur. En pareil cas, d'une part, les phénomènes d'obstruction doivent être plus précoces, et, d'autre part, ils doivent être plus mobiles. En effet, dans la forme intra-glandulaire, l'obstruction n'arrive que lorsque la tumeur a atteint un développement suffisant pour comprimer le canal, et cette compression a peu de tendance à rétrocéder. Au contraire, dans la forme orificielle, l'action sur le canal s'exerce d'emblée. De plus, dans les rétrécissements organiques des organes circulaires (canaux ou tube digestif), l'élément spasme ajoute son action à la lésion organique elle-même. Le cancer de l'orifice terminal du canal de Wirsung ne fait pas exception à cette loi générale. La longue durée peut résulter en partie de la marche réellement plus lente de la tumeur, en partie aussi de ce que le début est plus exactement connu, en raison de l'apparition plus rapide des phénomènes d'obstruction.

— Le pancréas fait encore l'objet d'une autre communication de M. Bard (de Lyon) sur la **glycosurie dans le cancer de cet organe**. Dans les descriptions classiques des tumeurs du pancréas, on admettait que la glycosurie accompagnait habituellement le cancer du pancréas et on en faisait le principal élément du diagnostic. Dans le premier mémoire de M. Bard, en collaboration avec M. Pic, il a affirmé que la glycosurie n'appartenait pas à la symptomatologie du cancer du pancréas, mais au contraire à la cirrhose de cet organe.

Depuis cette époque, on a publié des cas de cancer du pancréas avec glycosurie. J'en ai observé moi-même deux faits dans mon service. Faut-il, pour cela, revenir à l'opinion ancienne et attribuer au cancer du pancréas la propriété de créer la glycosurie?

Dans une très importante revue de la *Gazette des Hôpitaux* sur cette question, M. Miraillet a émis l'opinion que la glycosurie existerait au début du cancer du pancréas, et qu'elle disparaitrait ensuite par les progrès ultérieurs de la maladie; telle pourrait être, suivant M. Miraillet, la raison pour laquelle la glycosurie avait manqué dans le cas personnel de M. Bard.

Le fait indéniable est que la glycosurie se rencontre dans quelques cas, mais il reste à déterminer pourquoi elle manque dans d'autres.

L'hypothèse de M. Miraillet était séduisante.

En effet, si on admet, avec M. Lépine, que le pancréas a une sécrétion interne glycolitique, on comprend que le cancer de cet organe puisse, au début, supprimer cette sécrétion interne glycolitique par une sorte d'action inhibitoire comparable à celle qui crée l'anachlorhydrie dans le cancer de l'estomac. Plus tard, la tumeur s'étant développée, les sécrétions de ses cellules auraient pu fournir à nouveau la substance glycolitique et faire ainsi disparaitre la glycosurie des premières périodes.

L'examen des faits a démontré que les choses ne se passaient pas ainsi. La glycosurie, quand elle existe, est ordinaire peu abondante (à peine quelques grammes dans les vingt-quatre heures). Elle est un peu variable, disparaissant parfois temporairement, mais sans que cette disposition soit définitive et sans qu'elle soit en rapport avec les phases de la maladie.

Par contre, M. Bard a remarqué que dans les cas où elle avait été constatée, il existait, outre le cancer, de la cirrhose secondaire du pancréas. Cette cirrhose est, à vrai dire, en rapport avec le cancer lui-même, due qu'elle est à l'obstruction excrétoire.

M. Bard pense donc que la glycosurie peut se rencontrer plus ou moins fréquemment dans le cancer de la tête du pancréas, mais que, lorsqu'elle existe, elle dépend d'une cirrhose glandulaire secondaire.

Ainsi comprise, quelle sera la valeur clinique de cette glycosurie?

Cette constatation ne prouve pas directement l'existence d'un cancer pancréatique; elle a cependant une assez grande importance quand elle se rencontre avec un ictère par obstruction. Elle prouve que cette obstruction porte à

à tout prix, relever la natalité de la race et quelles que puissent être la gravité, l'impopularité au besoin, des mesures à prendre dans ce but, rien n'est plus urgent que de la prendre au plus tôt; les pouvoirs législatifs n'ont pas de devoir plus pressant et plus haut.

***

Les réformes hospitalières. — La cinquième Commission du Conseil municipal (rapporteur, M. Dubois), s'inspirant des amendements déposés par plusieurs membres du Conseil, a décidé d'apporter au règlement hospitaliers les modifications suivantes :

1° Chacun des quartiers de Paris et chacune des communes du département de la Seine qui ont passé un traité avec l'Administration pour l'hospitalisat on de leurs malades indigents, seront rattachés à un hôpital déterminé;

2° Tout malade indigent ou nécessiteux qui désirera formellement être soigné par un médecin ou un chirurgien, en dehors de sa circonscription, pourra y être autorisé, à la suite d'une demande faite par lui, par le médecin du Bureau de Bienfaisance ou le médecin consultant de sa circonscription.

La Commission propose ensuite d'ajouter au règlement le paragraphe suivant :

« Les médecins et chirurgiens auront la faculté de consulter dans leurs salles leurs anciens malades. »

En ce qui concerne la répartition des malades dans les salles, la Commission dit que cette répartition sera faite par le directeur de l'hôpital, sur l'indication de chaque chef de service, à tour de rôle, en ce qui touche son service, et que l'admission d'urgence sera prononcée par le directeur, sur l'avis de l'interne de garde.

Enfin, la Commission est d'avis de modifier, en ces termes, l'article concernant la nomination des assistants de consultation :

« Les assistants de consultation en titre ou suppléants seront nommés par le directeur de l'Administration, sur une liste double de candidats choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. »

Ces conclusions sont adoptées.

la fois sur les voies biliaires et sur les voies pancréatiques, et, par là, elle est certainement en faveur d'un cancer de la tête du pancréas plutôt qu'en faveur d'une obstruction biliaire d'une autre cause.

— Le **traitement du mal de mer** fait l'objet d'une communication de M. Le Grix (de Paris). Il divise ce traitement en préventif, curatif, fixatif et hygiénique.

Le traitement *préventif* consiste à donner 1 granule, ou 2, s'il y a gros temps, de strychnine (arséniate, sulfate ou hyposulfite) à 1/2 milligramme, chaque quart d'heure, une heure avant la mise en marche, avec une gorgée d'eau, soit 5 ou 10 granules, et à s'étendre.

Le traitement *curatif* consiste à donner au moindre malaise, vertige, nausées, vomissements, chaque quart d'heure, *jusqu'à sédation*, une dose de l'association suivante :

Strychnine : arséniate, sulfate et hypophosphite, au 1/2 milligramme, 1 granule.

Hyosciamine extractive au 1/4 de milligramme, 2 granules.

Morphine : iodhydrate ou bromhydrate à 1 milligramme, 1 granule.

Lorsque la mer est démontée, cette association est donnée préventivement de préférence à la strychnine seule et quelquefois vingt doses successives sans aucun danger.

Le traitement *fixatif* consiste à administrer le soir 3 granules de podophyllin à 1 centigramme, le soir, et trois fois par jour la triple association, pendant trois ou quatre jours.

Enfin, le traitement *hygiénique* consiste à tenir le corps libre, garder la position horizontale le plus possible, à rester à l'air, sur le pont, à manger des salaisons, et éviter les pâtisseries et les bonbons acidulés et les liquides en général.

Chez les enfants de quatre à sept ans, la brucine remplace la strychnine, une dose de demi-heure en demi-heure; l'hyosciamine sera donnée trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, et la morphine supprimée; le podophyllin fera place au calomel bien supporté.

Ce traitement, qui date de vingt-six à vingt-sept ans, aurait été mis au point petit à petit par les médecins du-mètres, après des centaines d'expérimentations pendant vingt ans.

Ce traitement aurait donné neuf succès dans la récente traversée mauvaise de Marseille à Tunis, après des milliers d'autres, et mériterait d'être plus connu.

— M. Besson fait une communication **sur la recherche des bactéries pathogènes dans les eaux.** On a longtemps attribué l'insuccès des recherches des germes à l'extrême dilution du virus dans les eaux; les méthodes d'analyse par les cultures en milieux solides, ordinairement employées, ne comportant l'emploi que d'une très petite quantité de l'eau suspecte.

Cette explication est à rejeter depuis que Rouget et Grimbert ont observé que lorsqu'on ensemence de l'eau stérilisée additionnée d'une quantité notable de bacilles typhiques et de bacilles du côlon, il ne reste, au bout de deux jours, que ce dernier dans les cultures.

Au dernier congrès d'hygiène de Buda-Pesth, M. Metchnikoff a attiré l'attention sur un point fort important de l'histoire des associations microbiennes sur le rôle des *microbes empêchants*. On savait depuis les recherches de Pasteur, que le bacille du charbon ne peut se cultiver en présence de certaines bactéries; M. Metchnikoff a montré qu'il en était de même pour le vibrion cholérique dont le développement, dans les cultures et dans l'intestin, est entravé par la présence de plusieurs microbes.

Le non développement du bacille d'Eberth dans les cultures où il est associé au coli-bacille est donc justiciable d'une explication identique : c'est l'action empêchante du microbe associé qui est ici en cause.

Ces faits éclairent les résultats fournis par un grand nombre d'analyses d'eaux; la présence d'un microbe pathogène peut être masquée par l'action de bactéries empêchantes. Il en résulte que, si les recherches qualitatives sont forcément aléatoires, la numération elle-même peut être faussée par les réactions des microbes les uns sur les autres, réactions aboutissant au non développement de certaines espèces, les sécrétions microbiennes agissant comme les antiseptiques que les bactériologistes ajoutent à certains milieux de culture.

M. Besson apporte un exemple nouveau et suggestif de ces actions empêchantes.

Plusieurs échantillons d'eaux, prélevés dans la Régence de Tunis, avaient été analysés sans qu'on y rencontrât de bactéries pathogènes. Leur teneur moyenne en microbes s'élevait de 2,000 à 4,000 par centimètre cube; parmi les germes isolés se trouvait en abondance un coccus rouge, très analogue au micrococcus prodigiosus, produisant de la trimethylamine dans les cultures et tuant rapidement le cobaye et le rat blanc. Il a eu l'idée de rechercher dans ces eaux la présence de vibrions et en a ensemencé une certaine quantité dans le milieu gélo-pepto-sel préparé selon la formule de Metchnikoff et maintenu dans l'étuve à 35°. Très rapidement le liquide des ballons se couvrit d'une pellicule qui fut réensemencée à la vingtième heure. Au bout de trois passages, il obtint, sur gélose, des cultures pures d'un bacille qu'un examen approfondi démontra être le bacille pyocyanique. Or, jamais les ensemencements de ces eaux, faits en plaques de gélatine, ne donnaient de colonies imputables à ce bacille.

Pensant à une action empêchante, M. Besson a alors ensemencé des plaques concurremment avec le bacille pyocyanique et les différents microbes saprophytes trouvés dans les mêmes eaux, et très rapidement il a acquis la conviction que la présence du micrococque rouge empêchait absolument le développement du bacille pyocyanique sur plaques de gélatine.

Dans les cultures en milieu de Metchnikoff à 38°, au contraire, l'évolution du *micrococque empêchant* est retardée, tandis que le bacille pyocyanique trouve des conditions favorables à son développement rapide. Mais, après avoir prélevé, vers la vingtième heure, un peu de la pellicule qui permet d'obtenir une culture pure de bacille pyocyanique, laisse-t-on le ballon pendant deux ou trois jours à la température du laboratoire, et ensemence-t-on alors des plaques de gélatine avec un peu de son contenu, on n'obtient plus sur ces plaques que des colonies de saprophytes et particulièrement du coccus rouge : celui-ci a eu le temps de se développer et exerce dès lors son action empêchante vis-à-vis du bacille pyocyanique.

Le bacille pyocyanique ainsi isolé présente bien les caractères décrits par les auteurs et s'est montré très virulent; de plus, ce bacille s'est montré doué de propriétés favorisantes vis-à-vis du bactérium coli.

En recherchant le bacille pyocyanique, M. Besson a pu constater sa présence dans un grand nombre d'échantillons d'eaux et de poussières prélevées en Tunisie. Si l'on se rappelle, ainsi que l'ont montré Kitasato et Metchnikoff, le bacille pyocyanique est un empêchant du vibrion cholérique, on pourra songer à établir une relation entre l'ubiquité de ce bacille et l'absence constante du choléra dans cette région de la Tunisie, où cependant les conditions hygiéniques sont mauvaises.

Comme conclusion, il est indispensable, dans les analyses bactériologiques des eaux, de pratiquer l'épreuve que M. Metchnikoff recommande pour la recherche du vibrion cholérique, ensemencement de 200 à 300 centimetres cubes d'eau dans le milieu gélo-pepto-sel à 38°, avec deux ou trois passages successifs. On retarde ainsi l'évolution des saprophytes et on met les pathogènes dans les meilleures conditions de développement.

M. Besson présente ensuite un exemple rigoureusement étudié de la présence du bacille typhique dans une eau de puits. Plusieurs auteurs ont rencontré dans des eaux suspectes un bacille présentant les caracteres du germe typhique, mais la plupart, sinon la totalité de ces observations, sont antérieures à la découverte de la différenciation des bacilles du côlon et d'Eberth par la méthode des fermentations; ainsi prêtent-elles à l'équivoque, si bien que M. Grimbert a pu dire, il y a quelque temps. qu'il ne faut accepter qu'avec la plus grande réserve les observations où l'on signale dans une eau la présence du bacille d'Eberth à côté du bacille du côlon. Il est établi, en effet, que la méthode des passages phéniqués est impuissante à déceler la présence du bacille d'Eberth quand il se trouve associé au bactérium coli, et d'autres microbes encore jouissent, vis-à-vis de l'agent de la fièvre typhoïde, des mêmes propriétés empêchantes.

Aujourd'hui les conditions ont changé et la découverte d'Elsner permet d'isoler, dans les matières fécales des typhiques, le bacille d'Eberth qui y est mélangé au bactérium coli : l'iodure de potassium, dans le procédé d'Elsner, agit sûrement en neutralisant les propriétés empêchantes des produits sécrétés par le bactérium coli.

M. Besson a utilisé ce procédé pour l'analyse d'une eau. Des cas de fièvre typhoïde s'étant développés parmi les personnes faisant usage de l'eau d'un puits à Ras Tabia, près de Tunis. les cultures d'Elsner lui ont permis de trouver dans cette eau, à côté du bacille du côlon, un bacille typhique absolument caractérisé

Ce fait lui a permis de conclure à l'efficacité du procédé d'Elsner pour la recherche du bacille d'Eberth dans les eaux et à la nécessité d'introduire désormais cette pratique dans l'analyse bactériologique

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1896

Voici encore de nouvelles applications à la médecine de la photographie à travers les corps opaques. M. Guyon présente tout d'abord, au nom de MM. Chappuis et Chauvel, deux clichés obtenus par la méthode de Röntgen et représentant, l'un, un calcul rénal; l'autre, un calcul hépatique; les organes avaient été détachés. Il est à remarquer que l'acide urique n'arrête pas les rayons de Röntgen; mais les calculs du rein renferment toujours d'autres substances minérales; aussi la photographie par cette méthode en est-elle possible.

M. Fournier présente ensuite, au nom de MM. Barthélemy et Oudin, des photographies représentant des déformations rachitiques, une exostose syphilitique de l'humérus, un corps étranger de la main, des arthropathies.

— M. Mahé communique une intéressante étude sur les *principales épidémies de peste pendant ces dix dernières années*, et sur les ravages qu'elle a faits dans l'empire Ottoman, la Perse et la Chine. On sait que cette affection, dont on connaît actuellement la cause, puisque M. Yersin et M. Kitosato en ont décrit simultanément le microbe, est d'une gravité considérable. La mortalité est ordinairement de 50 %; dans certaines épidémies, elle s'est même élevée jusqu'à 90 %. Depuis quarante ans, la peste a tué près de 300,000 individus.

En même temps qu'ils faisaient connaître le microbe pathogène, M. Yersin et M. Kitosato décrivaient son habitat en dehors de l'organisme humain et montraient les conditions de sa dissémination. La propagation de la peste ne semble pas se faire par l'eau; le fait que cette partie de la population chinoise qui habite des bateaux reste presque indemne, viendrait à l'appui de cette opinion.

— M. Richelot lit ensuite un travail sur *la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*. On sait que, chez l'adulte, la trachéotomie peut présenter des dangers sérieux, au premier rang desquels il faut citer les hémorragies. Aussi, en 1852, Decès (de Reims) avait-il préconisé la trachéotomie sous-cricoïdienne, et Nélaton, en 1861, l'incision du cartilage cricoïde. C'est plus haut encore qu'il faut inciser; en un mot, il faut faire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, opération qui avait déjà été pratiquée par Gross, puis par Krishaber.

Chez l'enfant, l'espace inter-crico-thyroïdien n'est pas suffisant pour introduire une canule. Mais il n'en est pas de même chez l'adulte; l'absence de vaisseaux importants constitue le grand avantage de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne et sa supériorité sur la trachéotomie. L'opération est, en outre, plus facile. L'index gauche placé sur le bord inférieur du cartilage thyroïde, on fait, à partir de ce niveau, une incision de 1 centimètre; on incise ensuite la membrane thyro-cricoïdienne et on place la canule. La laryngotomie doit être l'opération de choix, toutes les fois qu'il s'agit d'introduire une canule dans les voies respiratoires chez l'adulte.

— M. de Ranse (de Néris) lit une *note clinique sur le traitement hydro-minéral des angines et des pseudo-angines de poitrine*. Sur 65 malades, 2 étaient atteints d'angine de poitrine vraie, les autres de fausses angines. M. de Ranse résume ainsi sa communication :

« Dans les deux cas d'angine vraie, une amélioration sensible, mais de courte durée, a été obtenue. Les malades sont morts subitement dans un accès : l'un, quelques mois après une première cure; l'autre, deux ans environ apres la seconde.

« Les 63 cas de pseudo-angines comprennent 36 cas d'origine nerveuse ou névropathique, 6 cas d'origine réflexe, 16 cas d'origine neuro-arthritique ou simplement arthritique, 5 cas d'origine infectieuse (paludisme) ou toxique (nicotisme). Dans tous les cas, le résultat de la cure thermale a été d'autant plus satisfaisant que celle-ci convenait à la fois au syndrome angineux et à l'état morbide dont il était symptomatique (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow, tabes, gastralgie thoraco-brachiales, névrome du moignon du bras gauche).

« La guérison, dans certains cas, a été obtenue après une seule saison; dans d'autres, elle a nécessité deux, trois et même quatre cures successives. Dans les cas les moins heureux, il y a eu toujours une amélioration sensible d'une plus ou moins longue durée.

« Cette amélioration persistante contribue puissamment à rassurer les malades, à dissiper l'appréhension dans laquelle ils vivent continuellement, à leur rendre ainsi le repos moral, à remonter leur énergie. C'est là encore un résultat bien précieux.

« Le traitement consiste essentiellement dans des bains tempérés, d'abord très courts, dont on augmente graduellement, mais lentement la durée. On y joint parfois, dans certains états névropathiques qui tiennent sous leur dépendance les accès angineux, des douches chaudes, tempérées ou écossaises, toujours à faible pression.

« Le réveil des accès, qui se produit généralement sous l'influence des premiers bains et durant la période d'excitation thermale, ne doit pas inquiéter les malades. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La question du traitement de la *luxation congénitale de la hanche* continue, et M. Kirmisson, pour appuyer les conclusions de son discours de la précédente séance, présente un malade atteint de luxation congénitale double de la hanche, avec une déformation considérable, et qui, cependant, marche avec facilité, parce que les têtes fémorales sont fixées. C'est là, ajoute le chirurgien des Enfants Assistés, un malade auquel on a pu proposer l'opération, mais qui n'en a absolument pas besoin, parce que le résultat de l'intervention sanglante ne pourrait donner mieux que ce qui est actuellement.

M. Quénu a eu deux fois l'occasion d'intervenir, en 1891, il pratiqua le procédé de Hoffa, et malgré des efforts poursuivis pendant une heure, ne put descendre la tête dans la cavité et fut obligé de pratiquer sa décapitation. En 1892, dans une autre opération, il adopta le procédé de Lorenz, désinséra les adducteurs en totalité, libéra le psoas et ne put encore faire descendre la tête; il fut encore forcé de la réséquer. Les malades furent maintenus dans l'extension continue, guérirent et ne retirerent pas un très grand bienfait de l'opération.

C'est qu'il y a luxation congénitale et luxation congénitale de la hanche; on sait les diversités de leur anatomie pathologique.

C'est ce que démontre M. Félizet, qui montre qu'on incise çà et là, qu'on prenne le procédé de la tabatière d'Ollier ou un autre, ceci a moins d'importance que l'anatomie pathologique de l'affection. On oublie peut être un peu trop qu'on à affaire à une malformation et non à une luxation à proprement parler.

Tout est dans cette affection une question d'indications, et elles sont difficiles à poser.

M. Felizet examine ensuite les résultats que peut amener l'acte opératoire.

La mort d'abord, qui, même avec l'antisepsie, peut être la conséquence de l'intervention.

L'insuccès qui peut remplacer une malformation par une infirmité.

Le succès, enfin! mais M. Felizet en a entendu parler certainement, mais il voudrait le voir.

Pour sa part il a étudié l'opération, a commencé même par mettre ses malades dans l'extension continue pour faciliter la descente de la tête fémorale. Il en a même fait amener sur la table d'opération et, au dernier moment, n'est pas intervenu. Qu'on lui montre un an après l'opération un opéré avec un membre fixé, susceptible de marcher longtemps, avec la déviation corrigée, et alors il opérera

M. Broca répond aux différents orateurs. En ce qui a trait à M. Kirmisson, il ne differe de ce chirurgien qu'en ce point, c'est qu'il penche plus pour l'opération que pour l'orthopédie; quant à dire qu'il est opérateur à outrance, non, puisqu'il a eu à traiter 200 malades et qu'il n'est intervenu que 37 fois. Et même la sœur d'une de ses opérées, bien guérie, était venue, à Paris, réclamer une intervention; il l'a refusée la jugeant inutile.

Il ne demande pas mieux que d'adopter les procédés orthopédiques, mais il faudrait que leur supériorité fût démontrée. Il répondra à M. Félizet que la tête est en face du cotyle, que ce dernier existe, puisqu'il a mis le doigt dedans; mais il est insuffisant; il faut donc, par une opération, le creuser.

Quant à ses résultats, il les a montrés a l'Académie; si l'on veut, il mobilisera de nouveau des fiacres et amenera ses opérés à la Société de Chirurgie.

— Faites-les plutôt venir à pied, lui répond M. Félizet.

La discussion se termine par l'intervention de M. Kirmisson, qui dit d'abord à M. Félizet qu'on a répondu à toutes ses questions; La mort peut être la conséquence de l'intervention, puisque tous les chirurgiens en ont eu; les insuccès, il les a retracés nombreux dans sa derniere communication, et les succes, il les a aussi énumérés dans leur nombre et leur qualité.

Quant au traitement orthopédique, M. Broca semble croire qu'il pense qu'on peut réduire une luxation congénitale comme une luxation traumatique; ce n'est pas son avis, puisqu'il reproche à Lorenz de croire à ce résultat. Ce qu'il veut obtenir, lui, par l'immobilité et l'extension continue prolongées, c'est une néarthrose.

— M. Richelot fait ensuite une communication sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne que nous donnons plus haut *in-extenso*.

M. Delorme lui répond que depuis qu'il a vu opérer de Saint-Germain, il n'emploie plus que ce procédé, ce à quoi M. Poirier répond que de Saint-Germain n'a jamais fait la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, mais la crico-trachéotomie. De plus, l'opération n'est pas si aisée que le croit M. Richelot, il y a un ganglion, une artère, et souvent l'espace est insuffisant quand il y a notamment ossification des cartilages.

Donc, il faut et on peut aller vite, comme le veut M. Richelot, quand on le peut pas faire autrement, mais il vaut mieux prendre son temps quand on l'a.

MM. Tuffier et Quénu pensent qu'il existe aussi des contre-indications, notamment dans le cas du cancer du larynx avec propagation.

M. Félizet est aussi partisan de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; mais, sans se préoccuper de l'artère, il incise transversalement, pour se donner plus d'espace. Quant à croire, comme on l'a dit, que cette opération gênait la phonation, il n'en est rien, et M. Félizet cite, à l'appui de son dire, un malade qui supporte sans la moindre gêne sa canule depuis deux ans. Il félicite de plus M. Richelot d'avoir pu pratiquer cette laryngotomie chez le malade, particulièrement difficile, dont il cite l'observation, malade qu'il avait examiné et chez lequel il avait pu se rendre compte des obstacles à vaincre.

M. Richelot termine la séance en constatant que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne venait de recevoir une consécration nouvelle. Certes, il y a quelques contre-indications, mais elles sont rares, et quant a la difficulté d'introduction de la canule, elle n'est qu'apparente; au début il a aussi fait des incisions transversales, mais il les a laissées bientôt, sachant que toujours il pourra entrer une canule de 8 à 10 millimetres par une simple ponction de la membrane, la tête étant défléchie.

La facilité de l'opération l'a fait adopter par M. Pozzi, qui se trouve très bien de soulever le cartilage thyroïde avec une érigne, ce qui tend la membrane et permet l'introduction facile de la canule.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 17 AVRIL 1896

Il arrive quelquefois qu'une malformation congénitale du cœur est supportée pendant fort longtemps, sans que le malade en éprouve des troubles bien considérables. Henri Roger a rapporté autrefois l'histoire d'une dame qui, malgré une communication interventriculaire, vécut jusqu'à plus de soixante ans, se maria et eut plusieurs enfants.

M. POTAIN a observé, naguère, un fait analogue. Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans, qui s'était mariée, avait eu trois grossesses absolument normales et avait nourri ses trois enfants.

Cette femme n'avait jamais eu aucune maladie sérieuse et n'avait, entre autres choses, jamais éprouvé aucun trouble cardiqaue; elle n'avait, par conséquent, jamais consulté de médecin et sa malformation du cœur restait absolument ignorée.

C'est pour quelques malaises, pour quelques phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale qu'elle vint consulter M. Potain. Celui-ci, en l'auscultant, fut frappé par l'existence d'un souffle considérable, continu, à tonalité haute, ne se modifiant pas par les changements de position de la malade et ayant son maximum à la partie interne du troisieme espace intercostal gauche; ce souffle s'accompagnait d'un frémissement intense, ayant son maximum au même niveau. Le volume du cœur et celui de l'aorte étaient normaux, les battements cardiaques parfaitement réguliers.

Il s'agissait donc d'une communication interventriculaire ne se manifestant par aucun trouble fonctionnel, et M. Potain compare la bénignité de cette malformation congénitale à la gravité, quelquefois si grande, des lésions valvulaires, même légères, se produisant chez les jeunes sujets.

M. SIREDEY a observé, de son côté, un jeune homme de dix-neuf ans, qui n'avait éprouvé, jusque-là, aucun trouble appréciable du côté de l'appareil circulatoire; il n'avait jamais présenté ni œdème ni cyanose.

A son entrée à l'hôpital, on fit le diagnostic de rétrécissement pulmonaire et de tuberculose pulmonaire; l'examen des crachats ne révéla pas cependant l'existence du bacille de Koch.

Ce malade succomba en quelques jours à une affection aiguë. A l'autopsie on trouva un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire sur tout son trajet, depuis l'infundibulum jusqu'à la bifurcation, une communication interventriculaire, une persistance au trou de Botal, enfin, ce qui avait causé les phénomènes d'infection, une endocardite végétante, siégeant au niveau de l'orifice pulmonaire. Il y avait quelques granulations tuberculeuses sous-pleurales au niveau des sommets. Pendant dix-neuf ans, ce malade avait supporté ses malformations cardiaques si considérables sans en éprouver aucun phénomène important. Il y a donc, ainsi que le fait remarquer M. RENDU en rappelant un fait de M. Barth, des adaptations fonctionnelles véritablement étonnantes. La malade de M. Barth n'avait qu'un ventricule, c'était en quelque sorte un cœur de serpent.

— M. HUCHARD fait ensuite une communication sur le *pouls anacrote dans le rétrécissement aortique*. Le pouls anacrote a été étudié par Landois, et après lui, par Eicborst. Le doigt sent, au moment de la systole ventriculaire, deux soulèvements distincts; sur le tracé sphygmographique, la ligne d'ascension, au lieu d'être continue, présente, avant d'arriver au sommet, une petite encoche qui ressemble à celle qui marque, sur la ligne de descente, le dicrotisme normal.

M. Huchard a constaté quatre fois ce pouls particulier, et toujours chez des jeunes gens atteints de rétrécissement aortique très serré. M. Huchard explique le phénomène du pouls anacrote par un double soulèvement vasculaire que l'on ne percevrait que chez les jeunes sujets, en raison de la conservation complète de l'élasticité et de la contractilité artérielle.

M. POTAIN fait remarquer que le pouls anacrote peut se rencontrer aussi lorsqu'il n'y a pas de rétrécissement aortique et même lorsqu'il y a une insuffisance aortique; on l'observe quelquefois sans aucune lésion orificielle. Le phénomène se passe donc dans les artères, et peut être rapproché de cette variété de bruit du cœur, le bruit de galop systolique.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

Vous avez bien voulu insérer ma protestation contre l'exigence croissante du fisc. Je vous en remercie.

Une petite erreur a été faite. J'ai écrit :

« en 1890 : cote mobilière sur un loyer de 2,880 fr. » — et non de 2,820, comme il a été imprimé par erreur.

En effet, la cote mobilière de 2,880 fr. a toujours servi de base à cette accumulation progressive, qui, si elle continue, ne pourra plus permettre qu'à M. le baron de Rothschild d'exercer la médecine.

Votre reconnaissant et dévoué, Dr X...

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours des Hôpitaux (Accouchement). — Dix candidats se sont fait inscrire : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavane, Demelin, Dubrisay, Potocki, Tissier, Wallich.

Le jury est ainsi provisoirement constitué : MM. Tarnier, Dolèris, Porak, Bouilly, Lannelongue, de Saint Germain et Muselier.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier a repris ce cours le vendredi 24 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Luton, directeur de l'École de Médecine de Reims.

Le Gerant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine a vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR

Les Symptômes et les Causes de l'Arthritisme[1]

Par H. RICHARDIÈRE.

I

Les manifestations cliniques de l'arthritisme varient suivant les malades. Il existe cependant un ensemble de symptômes assez fréquemment observé pour qu'il puisse être considéré comme caractéristique du tempérament arthritique.

D'une façon générale, une tendance pathologique prédomine chez les arthritiques : la tendance aux congestions, d'où le nom de *diathèse congestive* donné par quelques auteurs à la diathèse arthritique.

Cette tendance aux congestions existe pour tous les appareils et se manifeste presque aussitôt après la naissance. Dans la première enfance, elle s'affirme par des fluxions multiples sur la peau et sur les muqueuses.

Au moment de la première dentition, les enfants arthritiques ont fréquemment des eczémas de la face. Ces eczémas débutent autour de la bouche, pour de là gagner les joues, la face, le cuir chevelu et la nuque. Ordinairement, ils se localisent à la partie supérieure du corps; lorsqu'ils gagnent le tronc ou les membres, ils forment des placards plus ou moins étendus, dont la dissémination est due à des auto-inoculations par les mains ou par les linges de l'enfant. La localisation de ces eczémas à la peau du visage et leur début autour de la bouche, indiquent leurs rapports avec la dentition.

Pendant les premières années de la vie, le tempérament arthritique se manifeste de plusieurs manières. Les enfants arthritiques ont facilement des fluxions morbides sur la muqueuse de la partie supérieure des voies respiratoires : les coryzas et les trachéo-bronchites sont d'une assez grande fréquence. Les déterminations sur les muqueuses sont amenées par le moindre refroidissement, par un brusque changement de température, parfois sans refroidissement, par la radiation solaire. Les fluxions sur la muqueuse des voies respiratoires s'accompagnent d'une abondante hyper-sécrétion. Le coryza cause des accès d'éternuements, souvent répétés et d une grande violence; la trachéo-bronchite provoque des accès de toux spasmodique, revenant la nuit de préférence; parfois, elle détermine des accès d'asthme, qui la précèdent ou qui la suivent.

Quelques enfants arthritiques ont un développement anormal du tissu adipeux, et sont obèses de bonne heure. La plupart ont, d'ailleurs, l'aspect de la bonne santé.

Après la première enfance, les enfants arthritiques deviennent sujets aux amygdalites, aux épistaxis et aux angines érythémateuses. Le rhumatisme musculaire, sous forme de torticolis, est souvent, à partir de la sixième ou septième année, la première manifestation de l'arthritisme sur l'appareil locomoteur. Au moment des périodes actives de la croissance, les jointures sont fréquemment le siège d'arthralgies.

Pendant l'adolescence, des fluxions se font du côté de la peau sous forme d'éruptions d'acné, parfois de purpura ou d'exanthèmes hémorragiques, tels que l'érythème papulo-noueux. Chez les filles, les épistaxis et souvent les métrorrhagies, au moment de la puberté, sont les manifestations de l'état congestif, qui constitue l'essence de la diathèse. Les jeunes filles arthritiques ont souvent des règles douloureuses accompagnées de migraine et de rachialgie intense.

Chez les jeunes garçons, les pertes séminales involontaires, nocturnes le plus souvent, nocturnes et diurnes parfois, ont une grande importance comme signe révélateur de l'arthritisme (Pidoux, Desnos).

Les migraines, la dyspepsie, la congestion de foie avec ictère font leur première apparition pendant l'adolescence.

A l'âge adulte, l'aspect extérieur des arthritiques est caractéristique chez un grand nombre d'individus. La plupart des arthritiques ont l'aspect pléthorique. Le teint est coloré, les muqueuses sont rouges et vasculeuses. L'embonpoint est précoce et souvent accentué. Les cheveux rares sont tombés de bonne heure. La calvitie complète est assez fré-

(1) Extrait du tome III du *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, qui doit paraître incessamment chez Baillière frères

quente. Presque toutes les calvities qui surviennent chez les jeunes sujets, indépendamment des infections, sont en rapport avec la diathèse arthritique.

La peau des arthritiques se couvre facilement de sueurs abondantes. Son irritabilité se traduit par des eczémas dont les plus fréquents siègent aux régions axillaire, inguinale, poplite, palmaire, etc. Ces eczémas, très prurigineux, ont une évolution lente et se prolongent souvent indéfiniment.

L'appétit des arthritiques est presque toujours bon, souvent même exagéré, mais la dyspepsie ne tarde pas à venir troubler leurs digestions. Les formes de dyspepsie sont variables ; une des plus fréquentes est la dyspepsie atonique avec stase des aliments et fermentations gastriques, donnant lieu à des crises répétées d'embarras gastro-intestinal. Le ballonnement du ventre après les repas, les renvois acides deux ou trois heures après l'ingestion des aliments, sont les symptômes de cette dyspepsie, ordinairement hyperchlorhydrique.

Du côté de l'intestin, la constipation est assez fréquente.

Les hémorroïdes apparaissent à l'âge adulte. Généralement elles saignent avec abondance d'une façon intermittente.

Les urines sont plutôt rares. Elles sont colorées et chargées de sels uratiques et phosphatiques. La phosphaturie existe chez un certain nombre de sujets.

L'arthritisme est souvent associé au nervosisme, pour constituer le tempérament neuro-arthritique, dont Grasset a montré l'importance dans l'etiologie des maladies du système nerveux. Chez les femmes, l'arthritisme s'accompagne souvent de symptômes de l'hystérie ou de la neurasthésie. L'influence de la diathèse sur le système nerveux est la cause de névralgies tenaces, de sièges multiples.

Dans l'âge avancé, les manifestations de l'arthritisme sont plus graves. Elles atteignent les organes internes et produisent des lésions persistantes. Superficielles et passagères au début, frappant de préférence la peau et les muqueuses, les déterminations de l'arthritisme gagnent plus tard les tissus profonds et les parenchymes organiques, toujours avec une grande prédilection pour le tissu cellulaire. Les crises de goutte deviennent alors de plus en plus fréquentes et interminables ; à cette période, le diabète et les lithiases (biliaire et urinaire) font leur apparition. Les lésions scléreuses débutent dans les organes. Les artères sont plus particulièrement frappées et leurs lésions causent l'hémorragie cérébrale, la néphrite interstitielle vasculaire, l'athéromase généralisée.

Bazin a signalé la grande fréquence du cancer chez les arthritiques, et a fait de la néoplasie maligne un des attributs de la diathèse.

L'influence de l'arthritisme ne s'exerce pas seulement sur l'organisme de l'individu en bonne santé. Elle s'exerce encore sur les réactions de l'organisme, atteint par la maladie. L'action de cette diathèse sur certaines infections chroniques et sur quelques intoxications est connue depuis longtemps. On sait que chez les arthritiques, la tuberculose a une marche spéciale. Leur phtisie pulmonaire est une phtisie à marche lente. Les néoplasies tuberculeuses provoquent des lésions scléreuses du poumon, qui, facilitent la guérison. Il est vrai que ces lésions deviennent plus tard une cause de danger ; mais au moment de la formation des tubercules, elles empêchent le ramollissement des foyers néoplasiques. La sclérose pulmonaire étant un des modes de guérison de la tuberculose, la tuberculose des arthritiques est la plus curable de toutes ; elle s'accompagne souvent d'emphysème primitif ou secondaire.

Dans l'intoxication par l'alcool ou par le plomb, la diathèse arthritique a une influence nuisible, car elle favorise la sclérose des organes et donne souvent ainsi l'explication des déterminations hépatiques (Hanot) ou rénales.

II

L'arthritisme est héréditaire ou acquis.

L'hérédité de l'arthritisme est démontrée par l'histoire de certaines familles, dans lesquelles on voit se succéder suivant les générations, presque toutes les manifestations de la diathèse. L'hérédité existe pour les grandes manifestations morbides et pour les attributs du tempérament.

L'hérédité peut être directe et l'arthritisme se transmettre d'une génération à la génération suivante. Que l'hérédité vienne du père ou de la mère, elle a la même influence sur l'état de la nutrition chez les enfants. Parfois l'hérédité saute une génération ou se transmet par les collatéraux.

Comment se transmet l'hérédité ? L'arthritisme n'est pas une maladie. C'est un tempérament morbide, qui, transmis héréditairement, se manifeste par la même prédisposition à certaines maladies et à certains troubles de la nutrition. On comprend donc que les descendants puissent présenter les mêmes maladies que les parents, ou des maladies différentes, mais ayant la même origine. C'est ainsi que des parents atteints de goutte ou de diabète peuvent engendrer des enfants qui ne seront pas atteints de ces maladies, mais souffriront de la lithiase biliaire ou de la lithiase urinaire, mourront de sclérose ou de cancer. Dans quelques familles, l'arthritisme débute par ses manifestations les plus graves; dans d'antres, le petit arthritisme des parents engendre le grand arthritisme des enfants. Les

tableaux statistiques du professeur Bouchard montrent que toutes les combinaisons peuvent exister, sans qu'aucune règle préside à la succession ou à l'alternance des manifestations de la diathèse. Ils démontrent que l'arthritisme est héréditaire dans toutes ses formes, et que l'hérédité peut se manifester sous quelque forme que ce soit.

Quelles sont les causes de l'arthritisme acquis? Pour les auteurs qui, comme le professeur Bouchard, admettent que cette diathèse est due à un ralentissement de la nutrition, les causes sont surtout des infractions à l'hygiène normale. Dans la nutrition physiologique, les mutations nutritives sont en équilibre constant. Les matières nutritives sont utilisées, au fur et à mesure des besoins réguliers de l'organisme. La nutrition se ralentit quand l'apport est excessif ou quand l'organisme l'utilise complètement.

Cette conception de l'arthritisme est vérifiée par les conditions dans lesquelles il apparaît.

L'arthritisme est, en effet, la diathèse des individus dont l'alimentation a été surabondante, dans l'âge adulte ou dans l'enfance. Il est fréquent chez les gros mangeurs qui font abus de la bonne chère, des vins généreux ou des bières fortes. Assez souvent, l'excès d'alimentation qui engendre l'arthritisme date de l'enfance. A notre époque et avec nos usages, les enfants sont presque toujours trop nourris. L'alimentation exagérée, dans l'enfance, doit être considérée comme la cause d'un certain nombre de cas d'arthritismes acquis.

Avec l'alimentation surabondante, la sédentarité et le défaut d'exercices physiques sont des causes de ralentissement de la nutrition et d'arthritisme. La diathèse arthritique est beaucoup plus fréquente chez les habitants des villes que chez les campagnards, chez les hommes exerçant une profession d'ordre intellectuel que chez ceux qui travaillent de leurs mains.

L'influence de la sédentarité explique sa fréquence dans certaines races et dans certains milieux. Elle explique pourquoi l'arthritisme est plus fréquent dans les pays du Nord, où les hommes vivent confinés dans leurs demeures une grande partie de l'année, que dans les pays chauds où la vie, en plein air, est rendue facile et préférable par les conditions du climat.

Le surmenage du système nerveux, le grand régulateur de la nutrition, les travaux intellectuels excessifs, les passions, les émotions répétées jouent également un rôle dans l'étiologie de l'arthritisme acquis.

Les infections antérieures, les intoxications interviennent-elles dans l'étiologie de l'arthritisme? Pour les infections, le fait n'est pas encore démontré, quoique les travaux de Charrin et de Teissier, sur l'origine infectieuse de quelques diabètes, rendent leur intervention assez vraisemblable. Pour les intoxications, il en est une, au moins, dont l'influence n'est pas douteuse : c'est le saturnisme, dont on connait les rapports avec la goutte, qu'il peut créer de toutes pièces.

Une autre mode d'intoxication invoqué par quelques auteurs est l'intoxication par les toxines organiques, dont l'élimination serait défectueuse chez les arthritiques soit par insuffisance du filtre rénal, soit par insuffisance du filtre cutané (Cazalis).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

Ablation du ganglion de Gasser. *(Amer. journal of med. sc.*, janvier 1896, p. 59.)

Keen rapporte six observations où il a opéré sur le ganglion de Gasser, pour des nevralgies du trijumeau.

Dans tous ces cas, c'est à la méthode extra-méningie de Hartley-Krause qu'il a eu recours; cette méthode consiste à trépaner dans la fosse temporale, puis à détacher la dure-mère, à la détacher de l'os sous-jacent, jusqu'à ce qu'on ait atteint le ganglion, et à soulever le cerveau en bloc, avec son enveloppe fibreuse intacte.

L'ouverture du crâne fut faite deux fois avec la scie rotative du Dr Crejer (de Philadelphie), et le moteur mécanique; dans les quatre autres cas c'est au ciseau et au maillet que l'opérateur eut recours.

Quand on abaisse le lambeau ostéo-cutané, on a une hemorragie de la méningie moyenne, qu'on lie en passant la ligature au moyen d'une fine aiguille courbe.

Dans deux cas où l'hémorragie résulta d'une rupture du vaisseau à son entrée dans le crâne, l'hémostase fut assurée par le doigt d'abord, le tamponnement à la gaze du trou petit rond ensuite; la gaze put être retirée au bout de trois jours. Après avoir soulevé le lobe temporo-sphénoïdal du cerveau avec les doigts, on le maintient écarté au moyen d'une large valve. L'hémorragie en nappe, résultant du décollement de la dure-mère, s'arrête par le tamponnement.

Si le sinus caverneux était blessé, c'est également au tamponnement que l'on devrait avoir recours. Au cas, d'ailleurs, où l'hémorragie acquerrait de l'importance, il vaudrait mieux tamponner la plaie et remettre le reste de l'opération à quelques jours plus tard.

Guidé par les plis convergents de la dure-mère, on atteint la fossette du ganglion que l'on isole, ainsi que ses nerfs efférents, au moyen de l'instrument d'Allis. On saisit alors le ganglion, on détache les nerfs de deux coups de ciseaux et on arrache le ganglion au moyen d'une pince à pression.

Le reste de l'opération ne présente rien de particulier.

Dans les quatre premiers cas, il n'y eut pas d'accidents du côté de l'œil, mais, dans les deux derniers, il se forma des ulcères de la cornée ; aussi l'auteur serait-il enclin à conseiller l'occlusion palpébrale pour prévenir cet accident.

Cette méthode d'opérer serait bien moins grave que les autres, donnant une mortalité de 9,8 % contre 18 % que donne la méthode de Rose, par exemple.

Jusqu'à présent, les résultats ont été beaucoup satisfaisants que ceux que l'on obtient par les opérations extra-crâniennes.

Toutefois, la douleur reparut dans les deux cas, mais elle n'avait pas un caractère d'occuité permettant de faire craindre une récidive.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 28 AVRIL 1896

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la question des indications opératoires dans l'appendicite. Il y a des cas qui semblent médicaux ; d'autres relèvent évidemment de la chirurgie, et l'on peut placer, entre ces deux ordres de faits, de nombreux intermédiaires. M. Pozzi vient montrer que parmi les cas d'apparence très bénigne au début, il en est qui peuvent tout à coup s'aggraver et devenir rapidement mortels, si on n'intervient pas.

Voici d'abord l'observation d'un malade qui fut pris, un matin, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite et de vomissements ; depuis deux jours ce malade présentait une diarrhée légère. Les douleurs s'irradièrent vers la région hépatique et, comme le malade avait été soigné autrefois pour des coliques hépatiques, il crut à un nouvel accès. M. Pozzi pense cependant qu'il s'était agi chaque fois d'une poussée d'appendicite. Ces douleurs abdominales avaient débuté dès l'âge de onze ans.

Quoi qu'il en soit, le lendemain l'état général était meilleur, la température, qui la veille avait atteint 38°2, revenait à la normale. Mais on trouvait toujours un point extrêmement douloureux au siège classique, avec irradiations à l'hypochondre droit. M. Pozzi invita le malade à accepter une intervention immédiate. Après incision de la paroi, il trouva l'appendice fixé verticalement à la paroi postérieure du cœcum et entouré d'adhérences faibles. Il n'y avait ni pus ni exsudat liquide. M. Pozzi reséqua cet appendice, qui était gros, violacé, œdémateux et présentait une perforation cratériforme.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes.

Dans ce cas, les symptômes n'indiquaient qu'une appendicite catarrhale et leur bénignité semblait devoir faire repousser toute intervention. Or, il y avait perforation, et l'abstention aurait été suivie, à coup sûr, d'une péritonite plus ou moins étendue.

M. Pozzi insiste encore sur quelques particularités du fait qu'il vient de rapporter et, entre autres, sur la coudure de l'appendice en arrière du cœcum, coudure qu'il compare à celle du pédicule des kystes de l'ovaire, et qui peut amener des lésions très graves, en transformant la cavité de l'appendice en cavité close, en favorisant ainsi le développement des micro-organismes normaux, enfin, en causant des troubles circulatoires qui détermineront, à leur tour, la gangrène et la perforation. Cette attitude vicieuse de l'appendice est quelquefois héréditaire ; ne peut-on invoquer ce fait pour expliquer l'appendicite familiale ?

Dans un second cas que M. Pozzi a observé il y a quelques jours, il s'agit d'un malade présentant une appendicite à rechutes. A la suite d'une de ces crises, le malade rendit du pus par le rectum ; cependant il n'y avait pas d'abcès dans la fosse iliaque droite. M. Pozzi intervint chirurgicalement pour une nouvelle poussée : la fosse iliaque était libre, l'appendice induré, sclérosé, contenait trois petits calculs. Il s'agissait donc d'une appendicite ancienne, ayant donné lieu, autrefois, à une inflammation péri-intestinale ou péri-rectale à distance.

De ces deux faits, M. Pozzi tire les conclusions suivantes :

« 1° Les types cliniques divers qui ont été décrits par les auteurs (appendicite suraiguë perforante, appendicite pariétale simple avec colique appendiculaire, appendicite aiguë avec péritonite localisée, appendicite subaiguë, appendicite chronique à rechutes, etc.), méritent d'être distingués au point de vue symptomatique.

« 2° Au point de vue du pronostic, ils tendent à se confondre ; on doit se souvenir que toute appendicite confirmée, quel que soit le type auquel elle appartienne et quelle que soit sa bénignité apparente, peut tendre rapidement vers la perforation ; si elle guérit, elle tend à la récidive.

« 3° Toutes les fois qu'un appendice donne lieu à des accidents locaux et généraux, quelle qu'en soit la gravité, il doit être enlevé sans retard. En effet, ou bien ces accidents font courir immédiatement un danger de mort, ou bien s'ils s'apaisent momentanément, ils laissent le malade atteint d'une infirmité souvent pénible et toujours menaçante. »

— M. DIEULAFOY présente ensuite, au nom de M. LE DENTU, l'observation d'un jeune homme de seize ans qui, atteint d'appendicite sans phénomènes inquiétants, est traité pendant quinze jours par les moyens médicaux. A ce moment se fait une nouvelle poussée. M. Le Dentu intervient et trouve un appendice volumineux, coudé et présentant, a un centimètre et demi de l'extrémité, un rétrécissement auquel fait suite une dilatation en gourde.

Ce fait vient tout à fait à l'appui de l'opinion de M. Pozzi, car si ce malade n'avait pas été opéré, il restait sujet à de nouvelles attaques d'appendicite, dont une d'elles aurait pu provoquer des accidents mortels.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'était mercredi dernier la séance annuelle de la Société de Chirurgie. Cette année, c'est M. Segond qui a fait, avec son talent habituel, le compte rendu des travaux de la savante compagnie.

M. Théophile Anger, le président sortant, a, dans quelques paroles bien senties, fait l'éloge des membres décédés pendant l'année et souhaité la bienvenue aux nouveaux élus. Il s'associe à tous ses collègues pour se rejouir du rétablissement du sympathique secrétaire général. Il termine en conseillant le travail à la Société, afin qu'elle se prépare à soutenir dignement, au Congres de Moscou, le haut renom de la chirurgie française.

En dernier lieu, M. Reclus a pris la parole pour prononcer l'éloge d'Alphonse Guérin.

Voici, presque *in extenso*, cette page de style, qu'il suffit de transcrire pour en faire apprécier les superbes qualités :

« Messieurs,

« Quand vous m'avez confié l'honneur de remplacer M. Charles Monod, ma première pensée — et ma premiere appréhension — furent pour « l'éloge » que le secrétaire général doit prononcer dans cette séance solennelle. Mon consciencieux prédécesseur ne me laissait rien à faire : avant de se démettre, il vous avait lu sa belle notice sur le professeur Le Fort, le dernier des présidents que la Société eût alors perdu, et je songeais à chercher dans nos archives si quelque membre obscur n'avait pas échappé à nos panégyriques... Le sort s'est chargé de me fournir une trop ample matière : coup sur coup sont morts quatre de nos maîtres parmi les meilleurs et les plus éminents : Alphonse Guérin, Verneuil, Marjolin et le baron Larrey. Hélas! j'ai déjà mon compte. En voilà autant que j'en puis louer dans les quatre années dévolues à mes fonctions.

« Alphonse-François-Marie Guérin naquit le 9 août 1816 à Ploërmel, petite ville du Morbihan. Il était fils de Pierre-Marie Guérin et de dame Thérèse Julie-Perrine Orrieulx. Origine assez humble, car si sa mère, Orrieulx de Laporte, sortait de souche noble, son grand-père, Joseph Guérin, était huissier-audiencier de la sénéchaussée royale de Ploërmel, où son père occupa une même charge. Il ne l'exerça pas longtemps et mourut en 1822, dans sa trente-huitième année, laissant sa jeune femme à peu prés sans ressources avec ses deux fils, Frédéric, âgé de sept ans, et Alphonse, qui en avait à peine six. Mais Mme Guérin était une de ces vaillantes femmes, comme on en signale souvent au seuil des fortes familles, qu'elles enfantent et qu'elles disciplinent. En matière d'éducation, les exemples valent mieux que les préceptes, et les actes que les paroles. A voir leur mére travailler sans repos ni trêve pour les nourrir d'abord et les instruire ensuite; à la sentir ardente et joyeuse dans son dévouement et prête pour eux à tous les sacrifices, ses fils n'avaient plus à apprendre de quels inflexibles devoirs se tisse la trame de la vie.

« La modeste famille vécut d'abord prés des Halles, au centre de la ville, dans la petite maison où les deux enfants étaient nés; ils la quittérent bientôt pour « les Fossés », habitation plus vaste, au pied des vieux remparts, et qui s'ouvrait sur la campagne; les deux frères purent s'en donner à cœur joie de jeux et d'école buissonnière. Dans ce milieu breton, au seuil de la Bretagne la plus bretonnante, la haine entre bleus et blancs était toute chaude encore. Le petit Alphonse engageait ou soutenait de terribles batailles; aussi, le soir, rapportait-il au logis, avec autant de coups qu'il en avait donné, blouse et culotte en assez mauvais point, force accrocs à repriser par la mère. Souvent le combat était préludé par un défi; on provoquait un adversaire et l'on se mesurait sous les yeux des juges de camp. Un jour, dans une de ces rencontres, Frédéric faiblissait sous l'étreinte d'un ennemi plus fort. Alphonse assistait à la lutte et s'écriait haletant : « Courage, mon « frère, ou l'honneur des Guérin est perdu!... »

« A cette vie libre, à travers les rues du vieux Ploërmel ou dans la vague étendue des landes environnantes, le développement physique de l'enfant devint remarquable, mais son instruction restait rudimentaire et il s'était acquis la réputation d'un très médiocre écolier. Son oncle maternel, homme charmant et bon, de ceux qui, par leur gaieté, leur énergie et leur dévouement, exercent une grande influence sur la jeunesse, prit un jour son neveu à part : il était temps de se mettre au travail; leur mére ne pourrait toujours coudre et broder pour augmenter les ressources du ménage; ce serait à ses fils à la nourrir à leur tour. La résolution d'Alphonse Guérin fut bientôt prise, mais son instinct l'avertissait que, dans un milieu nouveau, il se plierait plus aisément aux exigences d'une vie nouvelle. Il demanda à quitter Ploërmel et sa modeste école pour quelque ville moins mal partagée. L'idée fut trouvée bonne; la mere et les deux enfants partirent à pied, suivis d'une voiture portant les malles et les meubles; ce fut à Vannes qu'on s'arrêta.

« Les héroïques résolutions prises par Alphonse Guérin ne faiblirent pas, ainsi qu'en témoigne une notice très intéressante publiée par le Dr Mauricet sur le collége de Vannes. Fondé en 1328, ce collège, au XVIIIe siècle, eut jusqu'à 1,200 éléves; il jouissait en Bretagne d'une grande réputation. Le poéte Brizeux en sortait en 1831, à l'époque où le recteur demandait l'exemption de rétribution pour cinq éléves, remarquables pour leurs succès et leur conduite; parmi eux se trouvaient Jules Simon et les deux Guérin.

« Depuis les batailles de son enfance, les combats livrés aux « blancs » de Ploërmel, Alphonse Guérin voulait être soldat, soldat de terre ou de mer. L'heure sonnait — il avait quinze ans — où une décision devenait nécessaire; il songeait à l'École navale, et pour s'y préparer, il résolut de se rendre à Lorient, chez M. Dinel, son parent et son premier instituteur, celui qui jadis, à Ploërmel, en lui apprenant à lire, plaçait à côté du livre un fouet dont il cinglait souvent et cruellement son éléve. A Lorient, ce n'était plus un fouet, mais un biniou qu'il embouchait parfois en donnant sa leçon. Au bout de six mois, Alphonse se présentait au concours, où il ne fut qu'admissible; une autre année de préparation s'imposait; il comptait, s'il éprouvait un échec définitif, se tourner vers l'Ecole polytechnique. Son oncle, celui qui avait pris auprès d'eux la place du pere mort, intervint à nouveau et lui conseilla d'accepter une place d'interne en médecine que lui proposait une cousine de sa mere, Mme O'Neil, tante du général et de l'amiral actuels et religieuse tenant la pharmacie à l'hôpital civil et militaire de Bourbon-Vendée.

« La lutte fut douloureuse. Accepter, c'était rompre avec ses goûts les plus chers, et briser ses rêves d'avenir. Peut-être, dans sa première enfance, quand il organisait contre ses camarades d'école la défense de sa forteresse — une vieille diligence échouée dans un coin des Halles — peut-être avait-il entrevu, comme dans un lointain éclair, la statue que ses concitoyens, ses amis et ses éléves vont lui élever sur une place de Ploermel; mais le chapeau à plumes devait ombrager sa tête et sa main s'appuyer sur un sabre ou sur l'affût d'un canon... Le regret de cette vie de soldat le hanta toujours, et, en 1870, pendant l'invasion

prussienne, il disait à un ami de son cœur : « J'ai cin- « quante-six ans ; à cet âge on est général et, si je l'étais. « je suis Breton, persévérant et tenace, je l'aurais tant dé- « siré, tant voulu, que je l'aurais peut être gagnée, la ba- « taille ! » Après tout, pourquoi pas ? N'en gagnait-il pas une à ce même moment, et contre l'infection purulente, ce terrible ennemi qui avait défié les plus grands de notre profession ?

« Alphonse Guérin se résigna et partit pour Bourbon-Vendée Il entrait bien jeune dans la voie, à dix-sept ans, mais par une si petite porte ! Il n'eut, à l'hôpital, d'autre maître que sa cousine, Mme O'Neil. Combien de fois n'a-t-il pas raconté la première et mémorable leçon qu'il en reçut, le jour même de son arrivée : « Il te faut pourtant. « lui dit-elle, connaître ton métier : prends une lancette et « saigne-moi », et elle lui tend son bras droit. Alphonse Guérin pique au pli du coude, mais sans résultat. « — Ça « c'est une saignée blanche, recommence à côté ! » Il obéit et, cette fois, ouvre la veine. « — C'est bien ; mais la sai- « gnée est plus difficile du côté gauche ! » et elle présente l'autre bras. Il plonge sa lancette et le sang jaillit de nouveau : « Va ! dit la religieuse en bandant sa plaie, fais ton « service ; tu sais ton métier ! »

« Ce n'était pas dans cet hospice, à pratiquer des saignées et panser quelques ulcères, qu'il apprendrait vraiment son métier ; il fut vite à le comprendre, car il avait à cœur d'être mieux qu'un infirmier instruit. Profitant d'une maladie qui éloignait Mme O'Neil de Bourbon-Vendée, il demanda à partir pour Paris, il avait déjà le grade de bachelier et put entrer à notre Faculté.....

« En 1850, Alphonse Guérin se trouvait au vrai tournant de notre carrière, celui où se pose le menaçant problème : « Être ou n'être pas ». Je veux parler du concours du Bureau central. A cette époque les candidats étaient nombreux et les places rares ; on s'en disputait une tous les trois ans. Malgré la redoutable compétition de Depaul, Deville, Follin et Sappey, Guérin fut élu par cinq voix contre quatre, dont deux données à Depaul, et deux obtenues par Deville. Cazenave était du jury, et c'est grâce à son appui que Guérin put être nommé. Il lui en conserva une gratitude qu'il eut l'occasion de prouver dans de nombreuses et tristes circonstances. Désormais, Alphonse Guérin était chirurgien des hôpitaux ; il avait conquis la position la plus enviable, celle qui nous met à même de montrer si vraiment nous avons l'étoffe d'un maître.

« Pendant cette période, la France changeait de gouvernement ; la Révolution de 1848 avait renversé Louis-Philippe et proclamé la République. Alphonse Guérin était de ceux qui saluèrent son avènement comme l'aube d'une ère nouvelle. Ainsi qu'en 1870 la plupart d'entre nous, il croyait que la République n'est pas une simple forme de gouvernement, mais un ensemble de vertus souveraines qu'elle engendre et qu'elle développe ; elle devait être, elle serait le désintéressement et la justice, ou mieux, comme le dit magnifiquement sa devise : « la Liberté, l'Egalité, la Fraternité ». Hélas ! à l'épreuve, il allait bien voir qu'elle vaut seulement ce que valent les hommes qui la dirigent, et qu'elle peut être à ses heures, arbitraire, autoritaire, violente, oppressive et vénale. Mais cette désillusion cruelle ne lui fit point briser son idole. On nous dit que, par réaction, la jeunesse actuelle, effrayée ou désabusée, rêve d'un haillon ou d'un sabre. Alphonse Guérin, lui, fut fidèle à son idéal de liberté.

« Il était républicain, il resta républicain. Son frère Frédéric qui, à la fin du règne de Louis-Philippe dirigeait un journal avancé, avait été nommé commissaire du gouvernement, à Vannes. Il partageait cette fonction avec le Dr Guépin, de Nantes ; lui aussi, d'une droiture absolue, mais d'un caractère parfois difficile. Leur entente fut bientôt troublée. Frédéric Guérin, donna sa démission et voulut exposer sa conduite dans une réunion publique. Alphonse accourut de Paris pour lui prêter l'appui de sa parole. Devant les Vannetais rassemblés, il prononça un vibrant discours, que seuls, les applaudissements interrompirent et, comme au temps des batailles de leur enfance, l'honneur des Guérin en sortit victorieux. Au coup d'État, lorsque la police de Louis Napoléon traquait les représentants du peuple, il recueillit chez lui et cacha Joigneaux, Marc Dufraisse, Ribeyrolle et peut-être Proudhon. A une époque plus cruelle encore, après la Commune, il devait protéger les blessés que la guerre civile accumulait à l'hôpital Saint-Louis. La police allait envahir ses salles ; il en barra résolument la porte : « — Si vous approchez de « leur lit, vous les tuez ! Au nom de l'humanité, je vous « somme de vous retirer ! ». Et la police se retira.....

« L'empire vint, la politique se tut. En 1853, Alphonse Guérin quittait l'amphithéâtre de Clamart. En 1858, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine, qu'il ne quitta qu'en 1862. Il y commença, sur les maladies des femmes, des études d'où devaient sortir deux remarquables volumes ; les problèmes les plus délicats de la syphiligraphie y étaient discutés. En 1863, il allait à Saint-Louis. En 1872, il entrait à l'Hôtel-Dieu, dont il occupa un des services jusqu'à l'heure de la retraite. C'est en 1868 qu'il lut à l'Académie de médecine son important mémoire sur les *fractures du maxillaire supérieur* ; il donnait, pour les reconnaître, un signe nouveau et d'une manière indiscutable : la douleur que l'on produit en portant le doigt sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde.

« Nommé en 1863 membre de notre Société, il y lisait un mémoire très remarqué et bien souvent cité, sur les *rétrécissements de l'urèthre*, dont il étudiait avec le plus grand soin l'anatomie pathologique. Une communication sur la *rupture de tous les tissus d'un membre luxé depuis trois mois*, tendait à prouver que la compression du plexus brachial par la tête déplacée de l'humérus peut produire une dégénérescence musculaire assez profonde pour contre-indiquer les tentatives de réduction. Et de fait, dans un cas de luxation sus-coracoïdienne, le bras du patient, cédant à une force très inférieure à celle qu'on déploie d'habitude en pareille occurrence, resta entre les mains des quatre élèves qui opéraient l'extension. Un rapport sur la *luxation de l'avant-bras en avant*, un autre sur les *rétrécissements syphilitiques de la trachée*, lui admirent ici une réelle autorité.

« Il fut votre président en 1870.

« Certains de ces mémoires sont signés Alphonse Guérin, de Vannes. Pourquoi pas de Ploermel ? Éclaircissons ce point pour les historiographes futurs. Il voulait que son nom ne fût pas submergé dans l'innombrable et banale tribu des Guérin : mais comment s'y prendre pour éviter des confusions regrettables ? L'Académie de médecine avait déjà un Guérin avec lequel le nôtre ne sympathisait guère. Il essaya d'abord de Guérin, de Ploermel, mais n'était-ce point paraître s'anoblir ? Ploërmel, alors inconnu, ne devait être popularisé en France que par l'opéra-comique de Meyerbeer. Or, Alphonse Guérin aurait pu s'exposer aux ironies que soulevaient parfois à cette époque les sonores vocables adoptés par Vidal, de Cassis ; Marchal, de Calvi, et surtout Jobert de Lamballe. Vannes, préfecture importante, ne prêtait pas à l'équivoque comme l'eût fait Ploermel. Remarquons, en passant, qu'il jouait de malheur avec son nom de famille et son nom de baptême : le théâtre, avec *Monsieur Alphonse*, allait déshonorer celui-

ci, et le roman, avec le *Cas de Monsieur Guérin*, ridiculiser celui-là.

« Le mariage d'Alphonse Guérin fut un aimable roman : Mme Guérin, la mère, avait pour amie d'enfance Mme de Pommereul, dont la beauté est restée célèbre en Bretagne. Elle habitait le château du Fréne, peu distant de Ploërmel, et parfois, aux vacances, Mme Guérin y passait quelques jours avec ses deux enfants. Mme de Pommereul avait une fille charmante, et Alphonse Guérin s'en éprit. Mais il savait trop la distance qui éloignait de la jeune châtelaine le fils encore inconnu d'un huissier, pour laisser même soupçonner cet amour. Il partit, et la séparation parut d'autant plus définitive que, peu de temps après, Mme de Pommereul épousait un baron du voisinage. Le baron, beaucoup plus âgé que sa femme, vint à mourir, sa veuve tomba malade, et, pour la soigner, on eut recours à l'ami d'enfance dont la réputation de grand médecin s'était propagée au pays. L'ancien amour se réveilla et fut assez fort, chez elle, pour briser l'esprit de caste plus étroit en Bretagne qu'ailleurs, chez lui, pour lui donner le courage d'affronter un monde qui peut-être ferait mine de dédaigner sa roture. Mais il n'était pas de ceux qu'on raille, et cette union fut parfaitement heureuse.

« La publication du *Traité de chirurgie opératoire* avait consacré la renommée du jeune maître. Ce livre, dont les éditions se multipliaient, était, avec celui de Malgaigne, dans les mains de tous les élèves et y resta, à titre d'ouvrage classique, jusqu'au jour où parut le merveilleux traité de Farabeuf. Aussi, en 1868, l'Académie de médecine ouvrit-elle ses portes à Alphonse Guérin. Nommé par 51 voix sur 68 votants, le premier d'une liste où étaient inscrits Verneuil, Le Fort, Voillemier, Perrin et Giraldès, il fut très fier de ce succès, mais certains épisodes lui laissèrent au cœur de vifs ressentiments; il vit que la parole donnée peut être parfois retirée, et il en conçut, contre quelques-uns de ses collègues, une vigoureuse rancune. Le secrétaire perpétuel Dubois, d'Amiens, jouit à cet égard du privilège des adversaires les plus favorisés : son nom revient souvent dans les lettres d'Alphonse Guérin, qui ne voulut jamais accepter comme péché véniel le manquement aux engagements pris. Elle n'est pas de lui cette phrase célèbre : « En matière d'élections académiques, les « promesses n'engagent à rien ».

« La clientèle était venue, nombreuse et choisie. Il fut même appelé par le pape. Pie IX, depuis de longues années souffrait d'une affection rebelle des jambes, d'ulcères variqueux, peut-être, que ses médecins ordinaires n'avaient pu guérir. Le maître français fut plus heureux. Son malade lui en marqua une reconnaissance profonde; il le couvrit de titres et de croix : « Vous êtes le plus grand médecin « du monde! » lui dit-il, et Guérin de répondre, d'une voix spirituellement ironique : « — Je dois vous croire : « Sa Sainteté n'est-elle pas infaillible? » Et un jour que Guérin l'avait ausculté : « — Je me garderai bien de dire à « mes compatriotes que ma tête s'est appuyée sur votre « poitrine : je connais mes Bretons, ils me couperaient les « oreilles pour s'en faire une relique! »

« Comme opérateur, Alphonse Guérin avait la main très sûre : à la précision de son couteau, on reconnaissait le prosecteur qui, pendant plus de neuf ans, avait professé à l'École pratique et à l'amphithéâtre de Clamart, mais il était agité et nerveux au cours des interventions graves, et manifestait son émotion par une brusquerie quasi-professionnelle chez les chirurgiens d'avant l'anesthésie. Ne fallait-il pas, pour éviter au patient de trop longues souffrances, abattre un membre en quelques secondes? Malheur alors à l'aide négligent, malheur même à l'assistant adroit, si le maître commettait quelque bévue! En une semblable occasion, Jobert de Lamballe apostropha durement son interne, Alphonse Guérin. Fier et peu endurant, nous le savons déjà, celui-ci jette son tablier aux pieds de son maître : « Voici ma démission, et maintenant « je suis libre et je vous demande raison de l'injure que « vous venez de me faire... » « — Sacré Breton, mauvaise « tête, s'écria Jobert, il ne sait donc pas que je l'aime! « Puisque le mot que je viens de prononcer vous blesse, « effaçons-le, et venez ce soir dîner avec moi ». Trente ans plus tard, une scène analogue se passait à Saint-Louis, mais, cette fois Guérin était le chef, et c'est à lui qu'on rendit le tablier. Le dénouement fut le même, d'ailleurs, et maître et élèves firent la paix. Aujourd'hui que le sommeil anesthésique livre les malades, inertes, à nos opérations les plus délicates, où notre merveilleux arsenal de l'hémostase supprimé l'écoulement sanguin avant même qu'il se déclare, de pareilles vivacités seraient sans excuse, et le chirurgien « brutal » est un type à jamais disparu.

« Sa valeur professionnelle, cette série d'écrits, pour remarquables qu'ils soient, ces succès dans la clientèle, n'auraient cependant pas tiré Alphonse Guérin hors de pair, et nombre de ses collègues pouvaient en revendiquer tout autant. Mais ici commence son œuvre vraiment originale, et qui sauvera son nom de l'oubli. Ses travaux sur l'infection purulente et sur son traitement n'ont pas été improvisés en un jour, et ses premières recherches datent de 1847. Dans sa thèse inaugurale, il combat les opinions de Velpeau et de Dance qui font, de la « fièvre purulente, « une phlébite dont la plaie opératoire ou accidentelle est « le point de départ ». Pour lui, la fièvre purulente est un empoisonnement consécutif à la pénétration dans la plaie d'une substance « septique », un miasme que l'auteur comparait à celui qui provoque la peste, la fièvre jaune et la malaria.

« Je me rappelle cette époque, et notre stupeur indicible lorsque le bruit courut dans les hôpitaux que, dans son service de Saint-Louis, Alphonse Guérin avait obtenu 19 guérisons sur 34 opérés pansés à l'ouate. Quoi! plus de la moitié auraient échappé à la mort! Mais c'était impossible! L'infection purulente était devenue pour nous une maladie fatale, nécessaire, attachée comme par un décret divin à tout acte chirurgical important. Pendant la guerre, apres la Commune, elle frappait avec une telle rudesse, que nos maîtres épouvantés arrivaient à douter de leur art. Trélat fuyait l'hôpital Saint-Louis après y avoir perdu tous ses blessés; Gosselin, Verneuil et Nélaton fermaient leurs salles; Broca déposait son bistouri. Et c'était à cette heure, si meurtrière que jamais on n'en avait vu de plus sombre, c'était à ce moment qu'Alphonse Guérin prétendait guérir des amputés de cuisse?

« Et il les guérissait vraiment. Et sous ce pansement merveilleux, nous pouvions voir cette chose mémorable : des réunions primitives, des cicatrisations de plaies sans inflammation et sans pus! Et pourtant aujourd'hui, en évoquant cette époque avec nos connaissances actuelles et à la clarté de notre asepsie à peu près impeccable, nous nous étonnons parfois des succès obtenus alors par Alphonse Guérin : la théorie du pansement ouaté, telle que nous la trouvons exposée dans les remarquables travaux de son interne Hervey, repose, en effet, sur une idée en partie contestable. Pour Alphonse Guérin, les germes qui infectent les plaies proviennent de l'air; l'ouate filtrerait l'air qui, purifié de ses micro-organismes, deviendrait alors sans action novice sur les tissus ouverts. Mais nous savons, à cette heure, que l'air est à peu près innocent des méfaits dont, avec Pasteur, le chargeaient Lister et Guérin, tandis que

les instruments du chirurgien, ses mains, les pièces du pansement, la peau du blessé, dont on ne se défiait pas, sont les agents ordinaires des inoculations septiques. Or, leur nécessaire stérilisation n'est même pas mentionnée à l'origine de la méthode de Guérin.

« C'est à l'apogée de sa gloire, lorsque la valeur de son pansement était proclamée partout, que nous avons eu l'honneur de connaître Alphonse Guérin. Il fut, en 1878, le juge délégué par l'Académie de médecine à notre premier concours d'agrégation. C'était un homme vigoureux, un peu trapu peut-être, mais souple, malgré ses soixante-cinq ans. La chasse et les armes avaient conservé à ses muscles l'agilité et l'endurance. Sa figure rose, grasse et sans barbe, aurait semblé un peu enfantine, si elle n'eût été vivement relevée par un nez spirituel, aux ailes frémissantes, un menton volontaire, une bouche aux lèvres minces, toujours entr'ouvertes par un sourire ironique, des yeux d'un bleu profond, vagues et froids au premier abord, mais qui s'allumaient soudain et pétillaient de malice et de bonté. Ajoutons qu'il était chauve depuis sa jeunesse, et chauve à un rare degré. Il savait en rire au besoin. Un jour qu'il rencontrait son ami Gérôme, le grand artiste dont la France s'honore, il s'avance, se campe devant lui en indiquant d'un geste bref les cheveux du peintre qui, drus et rebelles, ont de la peine à ne pas envahir le front... « Eh quoi? monsieur, serait-ce une critique? »

« Son accueil était ouvert et charmant. Dans la conversation, sa parole, rapide et enjouée, semblait plus facile qu'à l'Académie, où sa phrase sortait toujours correcte, mais souvent un peu pénible; sa plume, au contraire, était alerte, élégante, ainsi qu'en témoigne sa notice sur Desault et ses éloges de Vidal de Cassis et d'Ulysse Trélat. Chatouilleux à l'excès sur le point d'honneur, il se battit maintes fois en duel. A moins de vingt ans, un jour, sur la place de Vannes, il lui sembla qu'un inconnu le toisait d'une façon inconvenante; il le soufflèta comme entrée de jeu et lui remit sa carte; mais, étranger à la ville, cet adversaire ne connaissait personne, et ce fut Alphonse Guérin qui se chargea de lui procurer un témoin. Une fois sur le terrain, le souffleté fit des excuses au souffleteur, on se réconcilie, et c'est encore Alphonse Guérin qui paie une place dans la diligence à son nouveau protégé, désireux de quitter Vannes. En 1878, pendant ses orageuses discussions avec Léon Le Fort, sur l'infection purulente, on crut, à plusieurs reprises, que le colloque allait se terminer sur le pré.

« Malgré les efforts de ses compatriotes pour l'y pousser, Alphonse Guérin ne voulut jamais entrer dans la politique militante. Pendant sa courte apparition au Conseil général du Morbihan, où il représentait le canton de Mauron, ses amis le crurent dans l'engrenage et lui proposèrent une candidature au Sénat ou à la Chambre des Députés. Alphonse Guérin ne céda point à leurs instances. Il lui semblait difficile de rester inflexiblement droit dans ce milieu parlementaire où les devoirs envers son parti voilent souvent le devoir envers sa conscience. Ces compromis où la délicatesse s'émousse dans une casuistique trop savante, répugnaient à son caractère entier; il ne voulait pas, même en spectateur, assister à ces luttes mesquines, à cette guerre de groupe à groupe, où l'on ne craint pas de recourir au dénigrement systématique, voire à la calomnie. Mais il cueillit tous les honneurs que notre profession peut donner: il fut président de la Société de Chirurgie, président de l'Académie de médecine, président désigné par le Congres des Chirurgiens français; il fut successivement promu aux grades de chevalier, d'officier, de commandeur de la Légion d'honneur; ses collègues le nommèrent, à plusieurs reprises, leur représentant au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

« Alphonse Guérin avait acquis une fortune importante, et, comme il était sans enfant, il en usa pour secourir bien des détresses. Vers la fin de sa vie, elle lui fut enlevée presque tout entière dans deux entreprises, dirigées l'une et l'autre par des hommes auxquels il était profondément attaché. Malgré la rudesse du coup, il ne laissa jamais entamer sa confiance en l'honnêteté de ses amis, qu'il défendit, en toute occasion, contre les clameurs de la foule. Réduire ses dépenses personnelles lui fut chose facile, car le luxe au milieu duquel il vivait, il le subit plutôt qu'il ne le désira. Mais il lui fallut parfois fermer sa main, jadis toujours ouverte, et parmi ces nécessités douloureuses, une des plus cruelles fut de supprimer l'allocation que, depuis de longues années, il attribuait au maintien d'une chaire occupée par un ami dans une école de médecine de province.

« Au demeurant, il supporta ce choc avec une admirable sérénité et sans paraître y rien perdre de sa vigueur intellectuelle et physique. Il resta vaillant, alerte et gai, et lorsque, à cet âge de soixante-dix-huit ans, le sort le désigna comme juge de l'internat, ce concours si lassant qui, cette année-là, dura près de six mois avec ses trois séances par semaine, de trois heures chacune, il accepta. — Un jour de février, en plein hiver, après une course à Vanves, où il était allé voir un ami malade, il se rendit à l'Assistance publique; pour rentrer chez lui, il monta, peut-être par économie, sur l'impériale d'un omnibus. Il prit une fluxion de poitrine sérieuse, dont ses amis espéraient pourtant le voir triompher. Mais, un jour que les souffrances étaient trop vives, il voulut se pratiquer lui-même une piqûre de morphine : la dose était trop forte... il fut terrassé. Il quittait la vie sans regret, car moins d'un mois avant il écrivait à un ami de Vannes : « Ordinairement on redoute la mort, moi je pense avec un singulier sentiment de bonheur, que mon corps sera bientôt porté sous la lande du Cerisier, où je dormirai du bon, de l'éternel sommeil en terre de Bretagne! »

« Tel fut Alphonse Guérin, telle fut sa vie simple, droite, généreuse et fière, et que marqua une découverte de génie. On se méfie avec raison du jugement des panégyristes. Ils ne se gênent guère pour promettre, à ceux dont ils sont chargés de raconter l'histoire, une immortalité qui ne leur coûte pas. Mais, aux poètes seuls, la postérité a donné le droit de parler en son nom, et nos arrêts risquent souvent d'être cassés. Ici, nous tentons hardiment l'aventure, et j'ose le dire : lorsque, à travers les temps, les historiens futurs écriront cette révolution prodigieuse qui fit, de la chirurgie meurtrière de jadis, la merveilleuse science d'aujourd'hui, ils auront à réunir, dans leur admiration et dans leur reconnaissance, ces trois noms pour nous à jamais inséparables : Pasteur, Lister et Alphonse Guérin. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 24 AVRIL 1896

L'observation que M. VARIOT vient communiquer peut ainsi se résumer : diphtérie légère du pharynx, croup avec spasme phréno-glottique; tubage; injection en deux fois de 25 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; mort en quarante-huit heures avec hyperthermie inexplicable par les lésions constatées à l'autopsie.

La mort avec hyperthermie se produisant rapidement apres le tubage et les injections de sérum, dit M. Variot, n'est pas rare. Il en a relevé dernièrement une quinzaine d'observations. Mais on trouve ordinairement à l'autopsie des membranes plus ou moins étendues, et, en même temps, des lésions broncho-pulmonaires diffuses, avec ou sans foyers. Bien que quelquefois les membranes soient très circonscrites et les lésions pulmonaires réduites à quelques foyers hémorragiques récents, très limités, M. Variot n'hésite pas, dans ces circonstances, à attribuer la mort avec hyperthermie aux lésions broncho-pulmonaires. Mais, dans le cas dont il vient de parler, on ne peut expliquer ainsi la mort rapide avec hyperthermie, puisque l'autopsie ne révéla l'existence d'aucune lésion.

Ni la diphtérie circonscrite et légère du pharynx, ni le tubage qui a été effectué dans de bonnes conditions, ne paraissent capables d'expliquer cette hyperthermie mortelle. La diphtérie, à elle seule, n'est pas une maladie hyperthermisante; le tubage bien fait, sans obstruction du tube, ne produit pas de semblables effets.

On sait que certains échantillons de sérum, peut-être altérés, contiennent des substances hyperthermisantes. En l'absence de lésions organiques suffisantes, est-on en droit d'attribuer au sérum l'hyperthermie qui a été suivie de mort chez cet enfant? Il est bien difficile d'être absolument affirmatif, puisqu'on ne possède aucun moyen précis de retrouver dans l'organisme les substances toxiques qui peuvent exister dans le sérum. Cette observation ne permet donc pas de tirer des conclusions rigoureuses; mais, cependant, la cause de la mort échappe, si on n'attribue pas l'hyperthermie au sérum.

Aussi, dit en terminant M. Variot, je me crois autorisé à répéter que ce précieux remède contre la diphtérie doit être manié prudemment, et les connaissances nouvelles que nous avons me confirment dans l'opinion que le sérum ne doit pas être employé comme vaccin préventif.

M. Sevestre pense qu'on ne peut tirer aucune conclusion de l'observation de M. Variot; rien ne prouve que la mort soit due au sérum. Pour M. Sevestre, il faudrait penser à toute autre cause, par exemple à une intoxcation alimentaire. Enfin, M. Variot n'a observé que ce seul fait sur 2,000 ou 2,500 injections de sérum qu'il a pratiquées; sur un nombre égal d'injections, M. Sevestre n'a jamais rien constaté de semblable. Il s'agirait donc d'un fait extrêmement rare, qui n'enleve rien de sa valeur au traitement sérothérapique.

— A propos de la communication que M. Huchard a faite dans la dernière séance sur le *pouls anacrote*, M. Potain vient montrer une série de tracés à l'appui de l'opinion qu'il avait exprimée dans sa réponse à M. Huchard. Le mot qui sert à désigner le phénomene dont il s'agit n'est pas des meilleurs, et M. Potain lui préfère celui de « dicrotisme initial », car c'est à une période rapprochée du début de la diastole artérielle que se produit la double pulsation. L'anacrotisme ou dicrotisme initial n'est pas caractérisé, comme le croient certains auteurs, par un soulèvement sur la ligne ascendante du tracé sphygmographique précédant le soulèvement terminant cette ligne. La double pulsation peut se produire pendant le stade horizontal et même pendant le stade descendant de ce tracé. Le dicrotisme initial n'est pas, d'autre part, caractéristique d'une affection quelconque du cœur : on le voit dans le rétrécissement aortique, dans l'insuffisance aortique et aussi en dehors de toute lésion cardiaque; s'il y a une lésion, le phénomene ne présente aucun rapport avec le degré de cette lésion. Chez un même individu, il varie beaucoup suivant les moments et les circonstances. Quant aux conditions qui favorisent ou qui empêchent sa production, elles sont multiples et complexes; elles tiennent au cœur, aux artères, à la circulation périphérique; on ne peut donc logiquement attribuer au dicrotisme initial une valeur séméiologique.

— M. Hanot a présenté, au commencement de la séance, l'observation du fait de *cancer de l'ampoule de Vater* qui a fait l'objet de sa communication au congrès de Carthage (1).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle de 1896

M. Augagneur a étudié la *dysphagie* de la période secondaire de la syphilis, qu'il a pu observer chez 63 malades. La principale lésion que l'on trouve pour expliquer le symptôme, est une tuméfaction de la région postérieure et médiane de la langue, parfois avec des rhagades et un enduit pultacé. Il s'agit d'une hypertrophie de l'amygdale linguale, et la douleur est produite par la compression de cette amygdale par le muscle lingual au moment de la déglutition. La compression par le bol alimentaire a animé son rôle.

— Chez un enfant de trois ans et demi, syphilitique héréditaire, M. Balzer a vu se produire, en même temps qu'une éruption ecthymatoïde, une plaque gangréneuse sur le voile du palais. Pour lui, cette gangrène était due à une artérite de l'artère palatine postérieure. L'enfant a guéri, grâce à l'administration de fortes doses d'iodure de potassium.

— Dans les syphilis généralement bénignes, il arrive fréquemment, d'après M. Barthélemy, que les accidents secondaires de la syphilis, et consécutivement la période pendant laquelle la maladie est contagieuse, se prolongent fort longtemps. Cette prolongation est due non à des tares organiques, mais à l'absence du traitement. Il est possible que ces syphilis chancreuses soient atténuées, car, s'il y a contagion, la maladie communiquée semble bénigne.

— MM. Eudlitz et Barasch ont observé un cas d'*infantilisme* à la suite d'une syphilis contractée à l'âge de deux mois. Le malade, aujourd'hui âgé de vingt-quatre ans, n'a que 1m40 de taille : ses organes génitaux sont atrophiés et les testicules ont à peine le volume d'un haricot. Les régions habituellement pileuses sont restées glabres.

— Chez un malade de MM. A. Fournier et P. Gastou, la syphilis provoqua entre autres symptômes, un pseudo-rhumatisme infectieux, qui se localisa surtout dans l'articulation sterno-claviculaire gauche. Un traitement par l'iodure et les injections de calomel ne put empêcher le développement d'accidents pulmonaires, et la mort survint dans un état cachectique marqué. L'autopsie montra des végétations dures sur le bord de la valve droite de la mitrale, un épanchement séreux dans la plevre et le péritoine, des infarctus probables du rein droit et de la rate. En réalité, il s'agissait, dans ces viscères, d'une inondation sanguine dissociant les éléments de l'organe; il y avait une sclérose embryonnaire trabéculaire du foie, enfin les végétations endocardiques renfermaient des microcoques et des bâtonnets.

— M. Morel-Lavallée a vu survenir, chez un malade auquel il faisait des injections de calomel pour une syphilide papulo-tuberculeuse, une *glossite desquamative en aires* présentant l'aspect de plaques muqueuses. Cepen-

(1) Voir *Union médicale*, numéro du 25 avril 1896.

dant il rejeta cette hypothèse et admit qu'il s'agissait d une desquamation de langue sous l'influence du traitement. En 1893, M. Morel Lavallée avait observé une glossite semblable due à l'antipyrine.

— M. JULLIEN a présenté un cas remarquable de *syphilis dépigmentaire* ; les injections de calomel atténuèrent rapidement l'éruption achromique.

— MM. GASTOU et BABON ont étudié les gastropathies médicamenteuses des syphilitiques. La formule chimique de ces gastropathies est l'hypopepsie plus ou moins accentuée, suivant la date de l'action médicamenteuse, avec retard de l'évacuation gastrique, s'accompagnant généralement de fermentations anormales tardives. Le sirop de Gibert serait surtout nuisible, d'après Hayem. Les malades sont prédisposés par les tares gastriques antérieures (chlorose dyspeptique, éthylisme), ou une affection pouvant retentir sur l'estomac (fibrome utérin, rein flottant) Assez souvent, au début, dès que le médicament est ingéré, il se produit des brûlures, des cuissons, des douleurs au creux épigastrique, des regurgitations acides. D'autres fois, l'action est plus lente à se produire.

A la période d'état, il se produit, une demi-heure après les repas, une somnolence invincible, des douleurs très vives à l'épigastre et sur les épaules, du ballonnement du ventre. Au bout d'une ou deux heures, tout disparait brusquement, sans qu'il se soit produit de vomissements. Généralement l'appétit est diminué, cependant on n'oubliera pas que l'abus de l'iodure de potassium peut entrainer une véritable boulimie. Chez quelques sujets, il se produit des troubles nerveux rappelant ceux de la neurasthénie Dans la forme rapide, la suspension du médicament est suivie de la disparition des phénomènes douloureux ; dans la forme lente, c'est surtout le régime qui améliore les malades. Il est évident que, dans les cas de ce genre, les injections mercurielles et les lavements iodurés sont indiqués.

— La *tuberculose des appareils pilo-sébacés* peut, d'après les recherches de M. HALLOPEAU, revêtir, chez les jeunes sujets, suivant l'acuité du processus et le mode de réaction, les caractères du lichen scrofulosorum, de l'acné cachectique ou de la folliculite suppurative ; les folliculites suppuratives peuvent se développer autour de néoplasies tuberculeuses provenant de parties situées profondément, telles que les ganglions lymphatiques ou le trou conjonctif sous-cutané ; elles peuvent devenir le point de départ de nodosités tuberculeuses isolées ou confluentes, soit en placards, soit en bourrelets ; elles servent aussi d'intermédiaire à la propagation de la surface cutanée de tuberculoses d'origine profonde et aussi à l'extérieur en profondeur de tuberculoses superficielles.

— En collaboration avec M. JEANSELME, M. HALLOPEAU a étudié un cas d'*érythème bulleux* suraigu des mains. Il résulte de ce fait que les manifestations bulleuses de la maladie appelée érythème multiforme pouvaient être suivies d'une dermite végétante. Il s'agissait donc, dans cette dermatose, non d'une simple hypérémie, mais d'une inflammation, et il faudrait substituer la dénomination de dermatose à celle d'érythème.

— MM. HALLOPEAU et PRIEUR ont observé trois malades dont l'étude présentait surtout de l'intérêt au point de vue des relations que l'on peut invoquer entre le mycosis fongoïde et la leucémie. Divers auteurs tendent à croire que le mycosis n'est autre chose qu'une lymphadénie cutanée. Les lésions histologiques sont bien en faveur de cette manière de voir, mais il n'en est pas de même de la clinique. En effet, un des caractères du mycosis est de donner lieu à un prurit intense sans éruption de prurigo, et chez les trois malades, la leucémie et les lymphadémies coïncidaient avec une éruption prurigineuse intense que n'expliquait aucune altération appréciable de la peau.

— MM. JULLIEN et DESCOULEURS ont traité au moins trois cents cas de *gale* par le baume du Pérou, qui agit sur les acares à la façon d'un toxique et les tue en moins d'une demi-heure et, souvent même en moins de temps. L'application du médicament est très facile. On étend avec un pinceau une couche légère de baume et on frotte sans violence; il n'est pas nécessaire de déchirer les sillons. Le mieux est d'enduire les malades le soir et de leur donner un bain de propreté le lendemain matin. Si la maladie est invétérée, on peut prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation et est toujours bien supporté. MM. Jullien et Descouleurs ont toujours vu ce traitement réussir, même dans des récidives graves et anciennes qui avaient résisté au traitement de Saint-Louis. Ils le regardent comme indiqué surtout chez les sujets à pyodermies étendues, chez les affaiblis, les albuminuriques, les cardiaques, les nourrissons à épidermes délicats. Le malade peut se traiter lui-même et la dépense est modique.

— M. DARIER a fait une intéressante communication sur le *psoriasis pulmonaire et plantaire*. Ce terme a servi autrefois à désigner toutes les éruptions synoviennes de la paume des mains et de la plante des pieds ; on ajoute avec von Hébrar et Hardy, qu'il était le plus souvent de nature syphilitique. Puis on décrivit sous ce nom les syphilides palmaires, confondant plus ou moins toutes les autres dermatoses de même siège, sur l'appellation d'*arthritides palmaires* de région.

Ce terme englobe des éruptions qu'il faut distinguer, et notamment des dermites artificielles, la dyshidrose, la tricophytie, les kératodermies, l'eczéma, le lichen et le psoriasis vrai.

Voici comment on peut tracer le tableau de cette affection :

Le psoriasis, qui d'ordinaire épargne les régions palmaire et plantaire, peut s'attaquer exclusivement à l'une des mains. Cette variété rare et d'un diagnostic délicat s'observe, comme le psoriasis en général, de préférence chez l homme. L'éruption débute par un point quelconque de la surface palmaire et s'étend lentement; lorsqu'elle occupe toute la paume, la peau y est rouge, luisante, non épaisse ni indurée, recouverte plus ou moins de squames lamelleuses, fines, assez adhérentes; lorsque l'envahissement n'est pas total, l'éruption est favorisée de taches en placards, nettement limités par un bord en arcades, sans épaisissement de l'épiderme à ce niveau.

L'éruption, dans tous les cas observés, a gagné par continuité la face dorsale des doigts et de la main, et deux fois la face antérieure des poignets; dans ces régions, le caractère psoriasique de la lésion s'accuse davantage. Les placards ont de la tendance à prendre la disposition circinée ou gyroïde. Un ou plusieurs ongles sont d'ordinaire striés ou ponctués. Il n'y a aucun trouble notable de la sensibilité.

La durée du mal est extrêmement prolongée et peut s'étendre sur de nombreuses années sans qu'on constate l'envahissement du reste du corps.

Cette variété de psoriasis est particulièrement rebelle au traitement, mais elle finit par guérir.

Le diagnostic, ne pouvant s'appuyer sur la présence d'éléments typiques en d'autres points, puisque ceux-ci

font défaut, doit reposer sur les caractères de la lésion elle-même : l'éruption est très rouge ; les squames sont minces, les bords sont circinés ; l'envahissement du poignet et du dos de la main est de règle ; les ongles peuvent être altérés.

Les dermites artificielles sont croûteuses, mal limitées, épargnent les ongles et leur guérison est facile.

Les kératodermies sont symétriques, sans rougeur et fortement kératosiques.

La tricophytie palmaire est caractérisée par sa collerette et ses vésicules.

La dyshidrose à certains stades pourrait en imposer, mais la desquamation succède toujours à des poussées de vésicules.

Le lichen palmaire est peu connu, sinon en coïncidence avec les éléments du lichen plan caractéristique au niveau du poignet.

Plus délicat est le diagnostic de l'eczéma et celui des syphilides palmaires. L'eczéma est d'ordinaire moins rouge, recouvert de squames circinées plus épaisses. Il donne lieu régulièrement à des crevasses ou rhagades profondes ; les bords sont diffus, effacés, non pas nets et circinés ; la face dorsale et le poignet peuvent être envahis, mais alors l'eczéma y prend ses caractères typiques ; les ongles sont souvent altérés, sous une forme identique au psoriasis. Habituellement, l'éruption est symétrique. Il reste à prouver que l'eczéma palmaire peut s'observer sans coexistence d'eczéma en d'autres régions, ou au moins en l'absence d'un état séborrhéique prononcé.

Les syphilides palmaires, avec lesquelles il importe surtout de ne pas confondre le psoriasis palmaire vrai, naissent sous la forme de taches d'un rouge sombre, qui d'emblée sont résistantes au toucher, s'étendent par leur périphérie en s'exfoliant un centre et peuvent confluer en placards circinés. Leurs attributs les plus caractéristiques consistent dans l'infiltration du derme qui leur sert de base, et dans l'épaisseur de la bordure circinée et parfois fissurée qui les cerne en décrivant des cercles ou des arcades; on peut ajouter qu'elles n'ont nulle tendance à gagner le poignet, ni surtout la face dorsale de la main et des doigts, sauf dans le cas d'éruption granulo squameuse généralisée. Les ongles, enfin, ne sont pas ponctués et striés.

Il est donc possible de diagnostiquer les diverses éruptions qui longtemps ont été confondues sous le nom de psoriasis palmaire, et de reconnaître parmi elles un psoriasis palmaire véritable.

— M. MOTY a eu l'occasion d'étudier ce que l'on appelle l'*ulcère annamite*. La plaie annamite siège habituellement aux membres inférieurs, au niveau d'une petite solution de continuité antérieure ; jamais on ne la voit se produire à l'hôpital sur les plaies chirurgicales ou autres pansées convenablement.

Le Dentu, Petit et Boinet ont constamment trouvé dans la sérosité des plaies un microcoque et une bactérie cultivables et inoculables à l'animal. Cependant, M. Moty avant pratiqué sur lui-même l'inoculation de bras à bras, le résultat a été négatif.

On observe deux formes de plaie annamite. Dans la forme aiguë, il y a souvent complication de phlegmon diffus, de gangrène, d'ostéite ; la forme chronique aboutit souvent à une névrite.

Le meilleur traitement consiste dans l'emploi des antiseptiques forts ; sublimé en dose, calomel, liqueur de Labarraque. Lorsqu'il s'est produit une névrite, il arrive souvent que tout échoue.

— MM. GASTOU et CANUET ont vu survenir, dans le cours d'un impétigo, des poussées de *gangrènes cutanées*, revêtant, en certains points, l'aspect de l'ecthyma, et en d'autres, la forme de folliculites pustulo ulcéreuses.

L'affection fébrile s'accompagna d'angine, de stomatite impétigineuse diphtéroïde, de blépharo conjonctivite, de coryza, de bronchite. Il s'est agi probablement d'une de ces gangrènes multiples diss minées de la peau, caractérisées par une inflammation diffuse du tégument, avec prédominance des altérations au niveau des glandes sudoripares et de leurs conduits. Bactériologiquement, ce serait une staphylococcie.

THÉRAPEUTIQUE

Des poudres de viande; leur emploi.

Par le Dr E. LASNIER.

Grâce aux perfectionnements des procédés de fabrication, grâce aussi aux soins consciencieux apportés dans le choix des animaux qui servent à la fabriquer, la poudre de viande s'est imposée aujourd'hui en thérapeutique et ses applications sont des plus nombreuses.

Est-il nécessaire de rappeler le parti que Debove a tiré de ce médicament-aliment dans la tuberculose? Il est aujourd'hui admis par tous les praticiens qu'un des moyens les plus rapides et les plus sûrs de guérir la tuberculose est la suralimentation par la poudre de viande. On la fait prendre dans du chocolat, dans des grogs, incorporée à des sirops, etc , et on évite ainsi la méthode désagréable du gavage. Sous l'influence de cette suralimentation, on voit rapidement disparaître l'anorexie; la nutrition se faisant mieux, toutes les fonctions auparavant languissantes se relèvent et on assiste, pour ainsi dire, à une résurrection complète des malades.

En même temps que renaît l'appétit, les sueurs cessent, le sommeil devient possible et réparateur, l'amaigrissement fait place à un embonpoint marqué; ces modifications, dans l'état physique, agissent sur le moral du malade et on arrive peu à peu à si bien modifier le terrain de culture du bacille tuberculeux, que la guérison ne devient plus qu'une question de persévérance dans toutes les mesures hygiéniques ordinairement prescrites en pareille circonstance.

La poudre de viande de Trouette-Perret offre toutes les garanties désirables, et si, malgré les avantages qu'elle présente en tant qu'aliment excessivement riche en principes protéiques, d une facile digestion et d'une assimilation parfaite, il n'est encore que peu dans les coutumes de s'en servir dans l'alimentation ordinaire, il n'en est pas moins vrai que, dans la thérapeutique, cette préparation s'est acquis un rang de premier ordre. Les hôpitaux militaires et les hôpitaux civils en font une consommation qui ne fait que progresser, dans la plupart des maladies chroniques, dans les convalescences et surtout dans toutes les maladies où la suralimentation est indiquée.

La grande faveur dont jouit la poudre de viande de Trouette-Perret est due aux soins tout particuliers avec lesquels elle est préparée. Sans aucune odeur, d'une saveur agréable, elle est excessivement bien tolérée, d'une assimilation facile et d'une valeur alimentaire incomparable. L'examen microscopique y fait voir des fragments de fibres striées en abondance; par contre, on n'y trouve pas trace de bactéries; desséchée à 100 degrés, elle donne en moyenne 14 à 17 °/o d'extrait sec ; de plus, elle contient en quantité notable l'azote, les matières grasses, les lac-

tates, les phosphates, les matières extractives et aromatiques indispensables à la nutrition et à une bonne digestion.

La poudre de viande de Trouette Perret représente cinq fois son poids de viande crue; 100 grammes de poudre représentent donc, comme valeur nutritive, 500 grammes de viande fraîche.

La suralimentation par le tube de Debove est rarement employée aujourd'hui, grâce à la facilité avec laquelle on peut administrer par la bouche la poudre de viande de Trouette-Perret, dépourvue d'odeur et possédant une saveur plutôt agréable. Cependant, chez les tuberculeux qui ont une anorexie profonde ou qui vomissent leurs aliments en toussant, il sera parfois utile de recourir au gavage en commençant le traitement, mais pour quelques jours seulement.

Dans la plupart des autres cas, où l'usage de la poudre de viande est indiqué, on arrivera toujours à faire prendre celle de Trouette-Perret, soit dans un bol de lait ou de bouillon, soit dans un sirop de punch ou dans un grog simple, soit dans du thé, du chocolat ou dans un potage au tapioca. C'est ainsi qu'on l'administrera dans les cas de diarrhées, de dyspepsies, d'ulcères de l'estomac; dans les convalescences, surtout dans celles des enfants et des jeunes gens, dans l'anémie et la chloro-anémie, dans tous les cas, en un mot, où l'alimentation se fait mal et où la suralimentation est indiquée. Dans la croissance rapide de cer ains enfants, la poudre de viande interviendra souvent avec profit, en livrant à l'organisme, sous une forme très facilement assimilable, un aliment complet, riche en matières protéiques, en matières hydrocarbonées et en phosphates.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 16 avril 1896, M. Bouvier, médecin major de 1re classe au 39e d'artillerie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hôpitaux de Paris. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le samedi 30 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 1er mai, et sera clos définitivement le vendredi 15 du même mois, à trois heures.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le vendredi 23 mai 1896, à midi, à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 25 avril 1896, et sera clos définitivement le vendredi 8 mai, à trois heures.

Concours du prosectorat. — Ce concours s'ouvrira le 26 mai, à midi et demi.

Jury : MM. Panas, Tillaux, Berger, Terrier et Poirier, juges; MM. Thierry, Albarran et Walther, juges suppléants.

Le buste du professeur Verneuil. — Mme Verneuil, veuve du regretté chirurgien, a fait don à l'Institut du buste de son mari, par Saint Marceaux.

Candidats à l'Institut — Deux professeurs de la Faculté sont candidats aux places vacantes de l'Académie des sciences. M. Laboulbène se présente pour le fauteuil de M. Reiset, dans la section d'économie rurale; M. Mathias Duval est candidat à la succession du professeur Sappey.

Service de santé de la marine — Sont promus dans le corps de santé de la marine: Au grade de médecin en chef, M. Dhoste. Au grade de médecin principal, M. Jan. Au grade de médecin de 1re classe, M. Bastier.

Société obstétricale de France. — La Société obstétricale de France à mis à l'ordre du jour de la cinquième session les questions suivantes :

1° Avortement à répétition; des accouchements avec complication de tumeur fibreuse de l'utérus.

M. Budin a été nommé vice-président.

Congrès d'ophtalmologie.— Le Congrès d'ophtalmologie de 1896 se tiendra à l'Hôtel des Sociétés savantes. Il commencera le lundi matin 4 mai, à 8 heures; la cinquième et dernière séance aura lieu le jeudi 7 mai, à 8 heures du matin.

Commission de la contagion de la tuberculose. — Se conformant au projet de délibération adopté par le Conseil municipal, la direction de l'Assistance publique a institué une commission à l'effet d'étudier et de déterminer les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Ont été désignés pour faire partie de cette Commission: MM. les professeurs Brouardel, président; Debove, Grancher, Landouzy, Lannelongue, Potain; MM. les docteurs Dubrisay, Duguet, Gibert, Hanot, Letulle, Levraud, A.-J. Martin, Navarre, Périer, Roux, Thoinot; MM. Bompard, Clairin, Strauss, conseillers municipaux; MM. Risler et Félix Voisin, membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. Thoinot remplira les fonctions de secrétaire.

Banquet annuel de l'internat en médecine. — Le banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris a eu lieu le samedi 25 avril, à 7 heures et demie, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr Pamard (d'Avignon).

Enseignement élémentaire de la Gynécologie et des maladies vénériennes. — MM. les Médecins et Chirurgiens de l'infirmerie spéciale de la Maison de Saint-Lazare feront, deux fois par an, une série de leçons élémentaires sur la gynécologie, la vénéréologie et la syphiligraphie. Chacune des trois parties du cours comprendra six leçons; les leçons auront lieu trois fois par semaine : le cours entier durera donc un mois et demi. Le cours d'hiver sera fait par MM. Le Blond, Verchère, Jullien et Ozenne; le cours d'été, par MM. Chéron, Le Pileur, Barthélemy et Feulard. La date exacte d'ouverture de ces cours sera annoncée ultérieurement.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 3 et 10.

N° 19. L'UNION MÉDICALE 9 Mai 1896.

SOMMAIRE

ECTOPIE TESTICULAIRE SOUS-ABDOMINALE

TRAITÉE PAR L'ORCHIDOPEXIE

Par le Dr Eugène ROCHARD, chirurgien des Hôpitaux.

Les cas d'ectopie testiculaire sous-abdominale sont assez rares pour que nous publions cette observation avec les réflexions qui vont suivre.

Il s'agit d'un garçon âgé de vingt et un ans, entré le 23 mars 1896, à l'hôpital Lariboisière, pour se faire enlever un testicule ectopié qui le fait souffrir, ou plutôt qui le gêne.

C'est un sujet très vigoureux et qui, en effet, présente du côté gauche un scrotum atrophié qui ne contient pas la glande séminale, et au-dessus, une tuméfaction qui fait saillie sous la peau, et qui est appliquée au-dessus de l'arcade crurale plus haut et plus en dehors que l'orifice extérieur du canal inguinal.

A la palpation, cette tuméfaction présente la forme d'un testicule atrophié, elle donne, de plus, à la pression, la sensation de douleur testiculaire et a cette particularité d'être essentiellement mobile. Dès qu'on fait une légère pression sur la tumeur, celle-ci fuit devant les doigts et se porte encore plus en haut et plus en dehors.

Comme le scrotum est vide de ce côté, le diagnostic est des plus élémentaires. Il est, du reste, connu du malade, et c'est bien devant un testicule en ectopie que nous nous trouvons.

Il n'en est plus de même quand il s'agit de déterminer la variété d'ectopie. Au premier abord, on peut croire que c'est à la variété d'ectopie inguinale externe que nous avons affaire. Le testicule est, en effet, au voisinage de l'anneau, et quand on le presse, il semble remonter dans le trajet qu'il s'est créé dans le canal inguinal, mais un examen plus attentif permet de constater qu'il n'en est rien.

D'abord, comme nous l'avons dit, la tuméfaction formée par la glande séminale n'est pas située vis à vis de l'orifice externe du trajet inguinal, mais un peu plus haut et plus en dehors. De plus, quand par la pression on fait remonter le testicule, le palper fait avec soin permet de reconnaître qu'il ne s'enfonce pas profondément dans le canal, et qu'au lieu d'être séparé des doigts par une couche musculo-aponévrotique, il s'engage dans le tissu cellulaire sous-cutané et remonte sous la peau. Nous portons donc le diagnostic d'*ectopie testiculaire sous-abdominale*, variété, comme on le sait, due à un vice de migration.

Ce qui vient encore corroborer ce diagnostic, c'est l'absence d'une hernie concomitante. En effet,

FEUILLETON

L'entraînement et la forme.

Le mouvement qui depuis quelques années a eu pour but la restauration des exercices physiques, a été singulièrement favorisé par l'apparition de cette machine, d'un usage presque universel : la bicyclette, qui est rapidement devenue le plus important des sports et a relégué tout à fait à l'arrière-plan les autres modes d'exercice corporel.

Née de la tendance irrésistible qui a poussé toute la génération actuelle à développer ses muscles, la bicyclette a réagi, à son tour, sur cette tendance pour la répandre et la généraliser. Elle en est aujourd'hui la caractéristique, la formule, l'incarnation, et elle a provoqué cette chose inconnue en France, il y a moins de dix ans : *l'entraînement.*

Empirique au début, appliquant à l'homme, par une analogie presque irraisonnée, quelques-uns des principes dont l'expérience avait démontré l'utilité pour le cheval, l'entraînement commence à être scientifiquement étudié, pour le plus grand profit de ceux qui s'y soumettent. Au premier rang des hommes qui se livrent à cette étude, il faut placer M. Ph. Tissié, de Bordeaux. Tout récemment encore, il faisait à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, une communication fort intéressante à ce sujet.

Il définit l'entraînement : « La mise en valeur d'un ensemble de procédés qui consistent à faire produire au corps humain le maximum de travail avec le minimum de fatigue ». L'état de santé, de force, de résistance dans lequel le corps se trouve lorsqu'il en est arrivé à réaliser cet idéal, s'appelle « la forme ». L'entraînement est un moyen et une méthode, la forme est un but et un résultat; entre ces deux termes il en existe un autre : le sujet, dont les qualités éminemment variables entraînent une variabilité correspondante dans les résultats obtenus par l'application de la méthode. L'entraînement est général, la forme est particulière.

Et il en est de cela, suivant la très juste comparaison de M. Ph. Tissié, comme du travail intellectuel ; la gymnastique cérébrale, en vue de laquelle ont été institués les

à plusieurs reprises, on fait tousser le malade, et l'on ne sent point la moindre impulsion donnée par l'issue de l'intestin ou même son engagement dans le canal inguinal.

Nous proposons donc au malade de lui garder son testicule et de le descendre dans les bourses.

L'opération, pratiquée le 27 mars, montre en effet la glande testiculaire dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est renfermée dans une loge conjonctive tapissée par la vaginale, qui contient même un peu de liquide citrin. Cette loge est absolument fermée sur tous ses points et ne communique nullement avec le péritoine. Elle n'a même pas de prolongement dans le canal inguinal.

Le testicule est atrophié et diminué à moitié à peu près de volume; il est souple et paraît sain dans toute son étendue; l'épididyme n'est pas appliqué immédiatement sur lui, mais en est séparé par un méso, disposition que nous allons utiliser tout à l'heure.

Le cordon s'engage dans l'orifice extérieur du canal inguinal, et comme nous avons pu le remarquer en examinant le malade, ne permet pas la descente facile de l'organe.

Nous mobilisons le testicule et le cordon en rompant les brides fibreuses qui le retiennent à l'anneau, et à l'aide de l'index, créons facilement une loge dans le scrotum; mais malgré toutes nos tentatives et malgré la libération du cordon poussée aussi loin que possible, nous ne pouvons arriver à descendre suffisamment le testicule pour le faire réintégrer sa situation normale.

Nous sectionnons alors le méso qui retient l'épididyme au testicule, et ce méso sectionné, nous faisons basculer le testicule de haut en bas, répétant la manœuvre pratiquée déjà plusieurs fois et particulièrement par Wood, mais ici plus indiquée que dans les cas ordinaires, puisque, chez notre malade, l'épididyme se trouvait déjà séparé de lui-même.

Cela fait, le testicule est facilement descendu au fond du scrotum, où il est fixé par une soie, tandis que des fils sont placés sur le cordon et sur les tissus fibreux du pubis pour obvier à toute ascension ultérieure de l'organe. La cavité séreuse est close et l'anneau inguinal visité avec soin ainsi que son ligot. Ils semblent tous deux si bien fermés que nous jugeons inutile de placer des sutures destinées à s'opposer à une hernie.

Quinze jours après, le malade quitte l'hôpital complètement guéri, avec son testicule dans le scrotum. La glande occupe la racine des bourses, mais ne gêne en rien le malade et ne paraît pas avoir de tendances à remonter.

Ces variétés d'ectopies sous-abdominales sont rares; il n'en existe que quelques cas dans la science, et elles ont le plus souvent nécessité la castration. Chez notre malade, nous avons été assez heureux pour pouvoir conserver le testicule; mais il existe encore une autre particularité intéressante dans cette observation.

Le père et un des frères de notre malade ne présentent rien d'anormal du côté de leurs organes génitaux, mais il a un frère jumeau qui a présenté une ectopie testiculaire à droite, tandis que celle de notre opéré était à gauche.

Cette estopie testiculaire devait être également de la variété sous-abdominale, car nous l'avions fait prendre des renseignements à ce sujet, et il nous a répondu que son frère était entré, en 1893, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaillon, qui, comme nous, aurait jugé la castration inutile et aurait aussi fixé le testicule au fond des bourses.

---

programmes scolaires, produit sur des intelligences diverses des effets non moins divers. La forme est donc quelque chose d'absolument individuel, étroitement liée aux qualités vitales de chaque sujet. C'est un état qui donne à ces qualités leur maximum de valeur, et ce serait pour une nation un accroissement considérable de forces en réserve, si tout le monde s'y mettait et s'y conservait en forme.

Or, il est loin d'en être ainsi.

Il y a tout cela des raisons très nombreuses, dont l'énumération même ne saurait trouver place ici. Mais il en est une très probante, qui tient à la question même dont il s'agit, c'est la suivante :

La mise en forme exige une forte dose de volonté sou tenue, parce qu'il y faut un effort quotidien, toujours pénible au début de l'exercice, même en dépit de l'entraînement déjà acquis, et parce que cet effort doit être répété pendant un temps très long. Il ne faut pas moins d'un mois ou deux, à un sujet précédemment entraîné, pour reprendre, par un nouvel entraînement, la forme qu'il avait perdue. Mais quiconque se soumet à l'entraînement pour la première fois, y doit consacrer de longs mois, un an même et parfois plus. En revanche, la forme si péniblement acquise se perd très rapidement; c'est souvent l'affaire de quelques jours, et il est des individus chez lesquels cet état est d'une instabilité telle qu'il leur faut, pour s'y maintenir, une surveillance en quelque sorte quotidienne. On comprend que les professionnels seuls, pour qui c'est une nécessité, réussissent à se conserver en forme. Et je n'entends pas seulement, par ce mot de professionnels, les *matchers* ou les *peacemakers* du vélodrome ou de la route, mais tous les hommes qui font profession de travail corporel, ouvriers de l'usine ou de la terre, lesquels réalisent vraiment l'entraînement à son degré le plus élevé et posséderaient la forme dans son état le plus parfait et le plus stable, si les conditions où ils exécutent leur entraînement de toute la vie n'étaient pas aussi défectueuses qu'elles le sont presque toujours. J'avoue cependant qu'à étendre ainsi l'acception des termes, on en viendrait vite à en fausser le sens, et qu'il est nécessaire de se restreindre à la signification habituelle du mot, qui s'applique seulement aux sujets dont le travail manuel

REVUE DE LA PRESSE

M. Mayo Robson a pratiqué l'**excision d'une partie du foie pour une tumeur** à marche rapide de la vésicule biliaire, chez une femme de cinquante-quatre ans ; le canal cystique était pris ainsi que la partie avoisinante du foie, et il dut enlever avec la vésicule une grande portion du lobe droit. La partie enlevée pesait une demi-livre. L'examen histologique montra que la tumeur est un épithéliome.

Une autre fois, M. Robson, opérant une tumeur douloureuse du foie, tomba sur un kyste hydatique calcifié : comme il ne paraissait pas s'y faire de travail actif, il le laissa.

Dans le cas qui nous occupe, il enserra la tumeur à l'aide d'un lien élastique, l'attira par l'ouverture abdominale, la transfixa avec des broches, pour empêcher la ligature de glisser, et trancha en plein tissu hépatique. Il resta un pédicule gros comme le le poignet. Le résultat fut remarquable ; la guérison se fit sans incident.

— M. Marcel Baudoin, dans le *Progrès médical* du 25 avril, fait un article sur **une nouvelle opération sur les voies biliaires intra-hépathiques** : *la cholangiostomie*, ou hépatostomie de Kocher, qui l'a pratiquée pour la première fois ; cette opération consiste à pratiquer dans les angiocholites simples ou suppurées, calculeuses ou non, l'incision des radicules biliaires dilatées. Pour M. Baudoin, cette intervention fait partie du groupe des opérations de transition qu'on a à pratiquer chaque fois que certaines affections passent du domaine de la thérapeutique médicale dans celui de la chirurgie. Comme la cholédostomie, par exemple, c'est une méthode opératoire qui n'est qu'un pis aller.

Ce qui va se passer pour ces abcès biliaires n'est pas sans analogie avec ce qui a eu lieu jadis, lors du renouveau de la chirurgie abdominale. Dans les débuts de l'ovariotomie, on n'opérait que très tardivement les kystes de l'ovaire et souvent ils étaient très adhérents ; aujourd'hui on n'en trouve que rarement et on s'empresse, d'ailleurs avec raison, de les cueillir d'aussi bonne heure que possible, alors qu'ils sont à peine formés. On en arrivera là, en chirurgie hépatique, et bientôt on n'aura plus à opérer de tels abcès biliaires volumineux, calculeux, suppurés ou non, car on ne les aura pas laissés se former, ayant eu recours, en temps voulu, à une autre opération plus courante. Dans ces conditions, la cholangiostomie est évidemment une intervention qui n'est destinée à vivre que peu de temps.

Cette opération a, en outre, un autre défaut. Elle ne peut pas remédier complètement aux lésions anatomiques qu'on rencontre d'ordinaire dans les angiocholites suppurées. Il existe, en effet, presque toujours, non pas un abcès, mais plusieurs poches ne communiquant pas largement les unes avec les autres et il ne suffit pas d'en ouvrir une pour vider les autres et guérir le patient.

— Un cas de **rupture de l'aorte abdominale par violence extérieure sans plaie pénétrante** a fait l'objet d'un article de M. Platt. On n'en connait guère depuis vingt ans que trois ou quatre exemples.

Un garçon boucher, vigoureux, âgé de vingt ans, en portant une grille de fer très lourde, glissa si malheureusement que la grille retomba sur lui, un des angles portant sur l'abdomen. Apporté à l'infirmerie en collapsus avec tous les signes d'une hémorragie interne, il succomba une heure et demie après l'accident. A l'extérieur, il ne présentait qu'une petite

---

n'est pas la condition habituelle de l'existence et qui n'exercent leurs muscles que par plaisir ou par hygiène.

Ainsi compris, l'entrainement exerce sur toutes les fonctions de l'organisme des effets très remarquables.

La respiration y joue le principal rôle, à ce point qu'il faut s'abstenir des exercices physiques si elle est défectueuse, et à ce point aussi qu'on ne saurait comprendre les merveilleux bienfaits de ces exercices, si l'on ne comprend point d'abord le rôle de l'exercice méthodique de la respiration. D'où l'importance qu'il y a à faire dès l'enfance l'éducation de cette fonction, à en surveiller la liberté parfaite, à considérer comme lésions sérieuses et auxquelles il faut porter remède sans hésiter, toutes les causes susceptibles de la gêner : amygdales hypertrophiées, cloison déviée, végétations adénoïdes même très minimes. Il ne suffit pas de *pouvoir*, il faut encore *savoir* respirer. Dans tout exercice en plein air l'inspiration doit être nasale, et l'expiration buccale.

Les chiffres suivants expriment éloquemment l'influence du travail musculaire sur la fonction de l'hématose et justifient les règles qui précèdent. « On sait, dit M. Ph. Tissié, qu'en exprimant par 1 la quantité d'air nécessaire dans la position horizontale, on trouve que cette quantité est de 1,33 dans la position debout, 1,90 dans la marche modérée, 2,76 dans la marche rapide, 4,31 dans la natation, 7 dans la course. L'entraînement peut faire passer la capacité pulmonaire des hommes de taille moyenne, qui est de 2,500 centimètres cubes, à 4,000 centimètres cubes qui sont la capacité pulmonaire des hommes de grande taille ». Le rapport de la capacité vitale au poids du corps augmente donc beaucoup chez les sujets entraînés, et c'est surtout les exercices du train inférieur qui font augmenter ce rapport, en raison du volume considérable des muscles qui entrent en jeu et, par conséquent, de l'importance des échanges gazeux qu'ils entraînent. Cette considération fait toucher du doigt la supériorité de la marche, de la course, de la bicyclette sur la gymnastique dite athlétique, du trapèze et des anneaux, où la perfection consiste à exécuter les mouvements par la seule force des bras, les membres inférieurs restant joints et immobiles.

Le cœur est trop intimement lié aux poumons pour ne pas subir le contre-coup des modifications que ceux-ci

ecchymose, un peu au-dessous et à droite de l'ombilic. L'autopsie révéla une légère extravasion sanguine dans les tissus sous-jacents à la contusion. Les viscères abdominaux et thoraciques étaient indemnes de toute lésion, à l'exception de l'aorte, qui présentait une rupture transverse au niveau du bord inférieur de la troisième vertèbre lombaire. Par la rupture s'était fait jour dans le tissu connectif rétropéritonéal un énorme épanchement sanguin s'étendant latéralement jusqu'aux lombes et en bas à la fosse iliaque: il enveloppait les reins et avait même un peu envahi le mésentère. Au niveau de la rupture, les tuniques interne et moyenne étaient déchirées transversalement dans presque toute leur largeur. La tunique externe, mise à nu sur une longueur de plus d'un centimètre, présentait deux petits pertuis antérieurs admettant une sonde ordinaire. Dans l'aorte il existait deux ou trois petites plaques d'athérome commençant, mais au niveau de la déchirure, les parois artérielles étaient parfaitement saines. Le vaisseau avait été écrasé entre la lourde grille et le bord inférieur de la troisième vertèbre lombaire.

— Dans le *Bulletin médical* du 3 mai 1896, M. le professeur Fournier étudie comment il faut concevoir la syphilis de nos jours. Nous ne pouvons mieux faire que de donner ses savantes conclusions :

« Une maladie, quelle qu'elle soit, est un ensemble composé de *tous* les accidents qui peuvent surgir de son chef, à l'exclusion, bien entendu, des complications dûment étrangères qui viennent s'y greffer éventuellement.

« Eh bien, appliquant ce principe de clinique et de bon sens à la syphilis, nous sommes forcément conduits à dire ceci, qui nous servira de conclusion, à savoir :

« Que la syphilis ne se compose pas seulement de l'ordre des accidents que l'évidence même a, de vieille date, rangés dans son cadre et qui sont dits « spécifiques » ;

« Que, tout au contraire, elle comporte, avec ceux-ci et indépendamment de ceux-ci, une catégorie d'autres accidents qui, pour n'avoir plus l'allure, la physionomie spécifique, pour ne pas obéir, comme les précédents, à l'action thérapeutique du mercure ou de l'iodure, ne se rattachent pas moins à elle comme origine, comme cause première, et ne font pas moins partie intégrante de son bilan pathologique.

« A aucun titre, sous aucun prétexte, on ne saurait distraire ces derniers accidents du cadre de la syphilis, sous peine de laisser une lacune dans ce cadre; car c'est la syphilis qui leur sert de facteur originel.

« Sans doute, cette façon d'envisager la syphilis aboutit à ce double résultat, et d'étendre considérablement les limites de la maladie, et, surtout, d'en assombrir singulièrement le pronostic, en le chargeant de responsabilités écrasantes, telles, par exemple, que celles du tabes, de la paralysie générale et des dystrophies héréditaires dont je vous parlais à l'instant.

« Certes, la syphilis, telle que je viens de vous la dépeindre, telle qu'il faut la comprendre, à mon sens, est plus étendue, plus compréhensive, et surtout bien autrement grave que ne se la représentaient nos devanciers et que nombre de médecins ne se la représentent encore aujourd'hui. Mais c'est la vérité seule qui importe, si triste, si navrante puisse-t-elle être. En fait de maladie comme en toute chose, c'est la vérité seule qui est essentielle à connaître, en vue de mesurer l'ennemi auquel on a affaire, en vue de proportionner contre lui ses moyens de sauve-

---

éprouvent. L'accélération de ses battements, au cours de tout exercice un peu actif, est là pour le démontrer surabondamment. Cependant, chose curieuse et surprenante au premier abord, mais qu'un peu de réflexion suffit à expliquer, « le muscle du cœur est le premier à se mettre en forme ». Au début de l'entraînement, aucun autre ne se fatigue aussi promptement; mais aucun autre, ensuite, ne résiste aussi longtemps que lui. Il en résulte que le sujet qui s'entraîne, sentant les muscles de la vie de relation atteindre la limite de leur résistance alors que le cœur ne manifeste aucune trace de fatigue, est porté à abuser de la puissance de cet organe et court au devant de sa dilatation ou de son hypertrophie.

C'est en effet le prolongement, la durée de l'effort et non son énergie qui surmènent le cœur. L'effort violent, en raison même de l'essoufflement très rapide qu'il produit, ne peut être longtemps soutenu; par cela même, le cœur échappe à l'excès du travail. Au contraire, il y a danger pour lui dans les exercices de longue durée, qui n'entraînent pas l'essoufflement. La course rapide est inoffensive pour le cœur; la marche et la bicyclette peuvent le mettre en péril. Et le péril est d'autant plus grand que le sujet qui s'entraîne est plus jeune, plus éloigné de l'époque de son plein développement. L'entraînement de fond doit être interdit aux jeunes gens, à qui l'entraînement de vitesse convient, au contraire, parfaitement. C'est pour quoi nul exercice ne réussit mieux aux enfants que la course à laquelle ils se livrent dans certains jeux, course très fréquemment interrompue par des pauses qui éloignent toute crainte de surmenage : c'est un point que Lagrange a parfaitement su mettre en lumière. Il est à peine besoin d'ajouter que si l'entraînement réclame des poumons et une respiration irréprochables, à plus forte raison exige-t-il une intégrité absolue de l'organe central de la circulation, intégrité organique et intégrité fonctionnelle.

On se règle, un peu empiriquement peut-être, en ce qui concerne cette dernière, sur l'élévation du nombre des pulsations que produit l'exercice. Bouchard accepte comme limite supérieure le chiffre de 160 pulsations, qui indiquerait que la dose *maxima* d'exercice est atteinte, et qu'il y a imprudence à la dépasser. M. Ph. Tissié me paraît être dans le vrai en trouvant ce chiffre un peu fort et en con-

garde et de défense. Or, ou je me trompe fort, ou c'est une vérité clinique, et une vérité utile à connaitre, que, dans cet exposé de la syphilis telle qu'il convient de la concevoir aujourd'hui, je viens d'avoir l'honneur de développer devant vous. »

— Citons encore deux cas d'**intoxication par la cocaïne** dus à SCHUZ. Dans ces deux cas, les phénomènes extrêmement graves d'intoxication sont survenus après l'injection dans la vessie d'une solution contenant 2 grammes de cocaïne pour 30 grammes d'eau.

Dans le premier fait, l'anesthésie des voies urinaires avait été faite pour faciliter la cautérisation du pédicule d'une tumeur de la vessie. Avant l'accident, le malade avait subi sept injections semblables soit pour faciliter la cystoscopie, soit pour établir le diagnostic, soit pour subir l'ablation de la tumeur. Dans aucun de ces cas il n'y eut d'intoxication. Les accidents ont été conjurés par la respiration artificielle faite pendant une heure après l'évacuation de la vessie.

Dans le second cas, l'injection de la meme solution était faite, pour la seconde fois, pour calmer les douleurs de vessie. Les phénomènes d'intoxication eurent dans ce cas un caractère convulsif et cédèrent aux inhalations de chloroforme. La vessie n'a été évacuée que deux heures plus tard.

M. Pfister signale aussi *(Berlin, klin. Wochenschr.*, nº 14, p. 297) un fait d'intoxication par la cocaïne, mais mortel. Il s'agit d'une injection dans l'urèthre d'une seringue (de Pravaz ?) d'une solution de cocaïne à 20 %, afin de diminuer la douleur d'un cathétérisme. L'injection n'était pas encore terminée que le malade tomba comme foudroyé.

— Terminons par l'observation d'un **épanchement sanguin intra-cérébral guéri par la trépanation**. Si les cas d'épanchements sus-duremériens trépanés et guéris ne sont pas rares, il n'en est pas de même des épanchements sous-duremériens ayant détruit une partie de la substance cérébrale, car la gravité de l'accident et l'intervention dans un milieu propre à s'infecter est toujours dangereuse. C'est pourquoi nous rapportons l'observation de M. CALVINI (Turin), d'après la *Réforme médicale*.

Il s'agissait d'un homme ayant reçu un violent traumatisme sur la tempe et ayant eu peu après une hémiplégie complète, un état comateux grave, etc.; ces troubles correspondant exactement à ceux qui pouvaient résulter d'une vaste compression de la zone rolandique, la trépanation était indiquée et fut pratiquée le lendemain. Après incision de la duremère, on trouva dans la région temporo-pariétale gauche un vaste foyer cérébral provenant d'une hémorragie de la méningée moyenne; les caillots furent enlevés à la curette mousse et le foyer bourré de gaze iodoformée. Les suites opératoires furent simples : deux mois après, le malade sortait absolument guéri, à peine présentait-il quelques légers troubles sensitivo-moteurs.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 5 MAI 1896

La discussion sur l'appendicite est reprise aujourd'hui par M. LAVERAN, qui ne partage pas l'opinion trop exclusive de M. Dieulafoy sur la pathogénie de l'affection. M. Dieulafoy attribue un trop grand rôle à la transformation de l'appendice en cavité close, soit par le fait de la lithiase appendiculaire, soit par le fait de rétrécissements fibreux. La lithiase de l'appendice est rare; quant aux rétrécisse-

---

seillant de ne pas dépasser 150 et même 140 battements. « Il ne faut pas oublier, dit-il, qu'un cœur surmené l'est pour longtemps, sinon pour toujours ».

Les deux appareils organiques que nous venons de passer en revue sont si directement influencés par l'exercice et l'entraînement, que nul ne songe à révoquer en doute des faits d'une évidence éclatante. Les modifications que le système nerveux peut en recevoir, pour être moins frappantes, ne sont pas moins réelles. Le raisonnement permet, *a priori*, d'affirmer leur existence, que l'observation et l'expérience démontrent. « Au début de l'entraînement à vélocipède, apres une première course un peu longue, beaucoup de sujets ressentent dans les jambes des pulsations bien rythmées, d'après le rythme même des mouvements des pédales », et, ajoute M. Ph. Tissié, « fait important à noter au point de vue de l'association inconsciente des idées d'apres l'altitude, ces pulsations ne se font sentir qu'au repos, dans la situation assise sur une chaise; elles s'arrêtent dans la situation debout, pour reprendre dans l'altitude assise, correspondant à l'altitude sur la selle du vélocipede ».

Ces phénomènes qui, en eux-mêmes, n'ont aucune importance, n'en sont pas moins très intéressants au point de vue physiologique, en mettant hors de doute l'action du travail musculaire sur les centres nerveux. Mais il en est d'autres qui acquièrent une véritable gravité, et, sous l'action d'un entraînement intensif, deviennent purement et simplement pathologiques, analogues, comme l'a établi M. Ph. Tissié, à ceux qu'on trouve « dans l'hystérie, dans le sommeil hypnotique, dans la neurasthénie, tels que l'ennui, le dégoût, l'automatisme, les impulsions, le dédoublement de la personnalité, les hallucinations, les illusions, les phobies, la paramnésie, l'écholatie, l'obsession, etc... » Sont-elles, en effet, autre chose que de l'automatisme, ou le résultat d'une suggestion subit à l'état de veille par l'entraîné de la part des entraîneurs, ces interminables séances où de malheureux coureurs pédalent sans trêve pendant des journées entières, courant sur une piste de peu d'étendue des centaines de kilometres? Et quoi d'étonnant si les coureurs qui accomplissent ces tours de force ne savent plus marcher en descendant de leur machine? M. Ph. Tissié, qui a eu le courage de suivre,

ments, M. Laveran les considère plutôt comme le résultat que comme la cause de l'appendicite. En effet, il a pratiqué l'examen histologique d'un certain nombre d'appendices, et il a vu que ces rétrécissements sont dus à un travail inflammatoire atteignant surtout des éléments interstitiels et glandulaires. Les rétrécissements fibreux sont donc la conséquence du processus inflammatoire. On a dit aussi que la transformation en cavité close favorise les perforations; mais on peut trouver beaucoup d'appendicites perforants sans cette condition.

M. Laveran rappelle ensuite les lésions de l'appendice dans la dysenterie, dans laquelle on peut observer des rétrécissements et des perforations, sans qu'il y ait à invoquer la transformation en cavité close. En un mot, il faut faire jouer, plus qu'on ne l'a fait, un rôle important à l'inflammation de la muqueuse appendiculaire.

M. Laveran ne partage pas non plus l'opinion de M. Dieulafoy sur la question thérapeutique : on ne doit pas rejeter définitivement le traitement médical, car ce traitement est suffisant dans bien des cas où l'intervention chirurgicale serait inutile et dangereuse. Ce qu'on doit faire, c'est chercher à rendre plus claires et plus nettes les indications thérapeutiques.

— M. Lévy rapporte une observation de *monstruosité fœtale* assez curieuse. Un jeune homme présentait une tumeur abdominale dont il ne s'était aperçu qu'à l'âge de dix-sept ans. Cette tumeur, depuis ce moment, augmenta rapidement de volume, au point d'atteindre celui de la tête d'un fœtus. La laparotomie permit de constater l'existence, dans une cavité kystique, d'un fœtus du sexe féminin de 44 centimètres de longueur.

— Au cours de la séance, M. Robert (de Pau) a lu une *observation d'éclampsie puerpérale*, et M. Pozzi, un rapport sur deux observations d'*inoculation de cancer*, présentées, il y a quelque temps, par M. Guermonprez. M. Pozzi considère les observations comme non démonstratives.

— L'Académie s'est réunie en Comité secret, pour écouter le rapport de M. Cadet de Gassicourt, sur les titres des candidats à deux places de correspondant national (1re division, médecine).

Voici l'ordre de classement :

1re ligne : M. Glénard (Lyon).

2e ligne : M. Mossé (Toulouse).

3e ligne (*ex æquo*) : MM. Debierre (Lille), Renou (Saumur).

4e ligne (*ex æquo*) : MM. Lemaistre (Limoges), Vidal (Hyères).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Après la lecture d'un travail de M. Moure (de Bordeaux) sur un nouveau procédé de *trépanation de l'apophyse mastoïde*, travail renvoyé à une commission, la Société reprend la discussion sur la *lithiase de la vésicule biliaire*.

M. Michaux fait d'abord remarquer que cette lithiase est de beaucoup la plus fréquente, que celle du canal cholédoque est plus rare de beaucoup, et qu'enfin la lithiase hépatique est exceptionnelle. Il aborde ensuite les deux points visés par la communication de M. Tuffier : le diagnostic et le traitement de cette lithiase.

Du diagnostic il dira peu de chose, sinon qu'il peut être entouré des plus grandes difficultés, et il cite à l'appui quelques exemples : Chez une malade, l'affection a eu l'allure d'une hernie crurale étranglée ; chez une autre femme, on pouvait croire à une tumeur du rein; dans un autre cas, il a vu un calcul traverser la paroi abdominale, tout en restant en communication avec la vésicule, et venir se placer dans le tissu cellulaire sous cutané. Ce sont là des modalités bien différentes.

Quant au traitement, il diffère de M. Tuffier, qui préfère la cholécystostomie, en ce que, lui, il enlève la vésicule et met la cholécystectomie au premier rang. Douze fois il a pratiqué cette opération, que dans deux cas il a dû compléter par une cholédocotomie, et il n'a eu que trois morts. Ce sont là des chiffres qui valent ceux de M. Tuffier, qui, sur treize cholécystostomies, a eu trois décès; si on prend en considération que deux fois il a dû ouvrir le cholédoque. Les morts, du reste, se sont montrées chez des opérées âgées et très débilitées.

M. Michaux a fait aussi trois cholécystostomies pour des accidents calculeux, l'intervention courte était dictée par la faiblesse des malades ; il a eu une mort.

Comparant ensuite ces deux opérations, l'orateur démontre qu'au premier abord la cholécystostomie, la taille vésiculaire, paraît plus simple que l'ablation de la vési-

minute par minute et kilomètre par kilomètre, une de ces courses de fond, où 620 kilomètres ont été couverts en vingt-quatre heures, a pu tracer des courbes où cette action suggestionnante de l'entraînement est rendue évidente par le graphique.

Mais sans aller si loin, le phénomène banal de la fatigue suffit à démontrer l'action de l'exercice sur le système nerveux. La fatigue n'est point d'origine musculaire. Le muscle cardiaque qui fonctionne sans relâche pendant la vie entière ne se fatigue pas, ne se courbature pas. Cela est dû à l'organisation toute spéciale de son appareil innervateur; car en dehors de cette particularité, il n'offre rien qui explique et justifie cette merveilleuse exception qui le soustrait à la loi commune aux autres muscles. Pour ceux-ci donc, la fatigue est d'origine nerveuse; elle arrive quand la somme des décharges nerveuses produites par la succession des contractions a épuisé la source d'influx nerveux des centres cérébro-spinaux. D'où la nécessité de l'intervention active des centres psychiques, de la volonté, pour dépasser un certain degré de fatigue. Et on comprend dès lors l'action funeste de l'entraînement exagéré, intensif, et l'apparition des états quasi pathologiques signalés plus haut; comme on comprend aussi les effets heureux d'un exercice modéré, assez actif cependant pour mettre en jeu, dans une juste mesure, le plus puissant des agents dynamogènes, le meilleur tonique du système nerveux : la volonté.

Unique dans son origine, la fatigue est donc multiple dans ses conséquences et dans ses degrés. M. Ph. Tissié en admet trois, qu'il décrit ainsi :

1° La petite fatigue qui tonifie et qu'on doit rechercher dans tout entraînement; 2° la fatigue plus accentuée qui irrite, excite et énerve; 3° la fatigue extrême qui abat et dissocie le « mal » en provoquant des phénomènes psychiques et somatiques. Il n'est donné qu'à quelques-uns d'atteindre ce troisième degré; mais à qui n'est il pas arrivé de ressentir cette fatigue au deuxième degré, qui produit l'inappétence absolue et l'insomnie rebelle? Ces deux fatigues doivent être soigneusement évitées. On peut bien facilement régler la quantité de mouvement qu'il ne faut point dépasser, en se basant sur ce précepte de Lagrange : Toute fatigue qu'un repos de deux ou trois

cule; mais encore faut-il savoir que la vésicule est quelquefois très difficile à trouver sous le foie, difficile aussi à attirer et à fixer à la paroi; elle se déchire et peut aussi laisser couler la bile dans le ventre. De plus, la taille faite, il faut aller chercher le ou les calculs, opération délicate, quelquefois très longue et très difficile, à cause des loges dans lesquelles ils peuvent être contenus. Enfin on peut avoir affaire à une vésicule infectée et capable de devenir un danger.

Ce sont là des objections sérieuses.

La cholécystectomie, au contraire, a toujours paru facile à M. Michaux. La vésicule se décolle avec le doigt sans qu'on déchire le foie, et on forme facilement un pédicule cystique qui permet d'enlever vésicule et calculs. L'opération est peut-être un peu plus longue, mais pas beaucoup plus, et on a la certitude d'avoir enlevé tout le mal.

Si on s'attache à la gravité relative des deux opérations, en s'en tenant aux chiffres donnés au Congrès de Chirurgie, on trouve 18 cholécystomies avec 5 morts, et 14 cholécystectomies avec 1 seul décès.

De plus, avec l'ablation de la vésicule, on n'a pas de fistules qui coulent et qui peuvent affaiblir le malade en ouvrant la porte aux chancres d'infection.

M. Broca prend ensuite la parole de la façon qui suit : « J'ai recueilli trois observations fort analogues à celles dont M. Tuffier nous a récemment entretenus. L'une d'elles, en particulier, concerne une femme chez laquelle la tumeur due à la vésicule ressemblait à un rein mobile : le diagnostic exact fut porté par mon ami Hartmann qui, après avoir fait refouler par un aide la tumeur en haut et à gauche, put sentir par le ballottement l'extrémité inférieure du rein droit; le liquide, eau de roche, fut analysé par M. Winter, qui n'y trouva pas de pigments biliaires. Dans un autre cas, qui remonte à 1890 et est relaté dans la thèse de Calot, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suppurée, que certains cliniciens avaient prise pour un kyste hydatique du foie.

« J'admets donc, avec M. Tuffier, que le diagnostic de la lithiase limité à la vésicule n'est pas toujours très facile. Je signalerai encore la possibilité d'une erreur avec certaines cholécystites non calculeuses, ayant causé des adhérences de la vésicule au côlon : récemment, j'ai opéré une dame de quarante-cinq ans, chez laquelle, après avoir libéré ces adhérences, je n'ai pas trouvé trace de calculs. L'opération, aujourd'hui guérie, est trop récente pour que je puisse parler de résultat thérapeutique.

« Chez cette malade, je n'ai pas ouvert la vésicule. Chez les trois autres, après avoir senti un calcul obstruant le col, j'ai pratiqué la cholécystectomie et j'ai eu trois résultats excellents à longue échéance : aujourd'hui, je vois encore de temps à autre, la malade que j'ai opérée en septembre 1803 et elle n'a plus jamais souffert. Par la cholécystectomie, même dans un cas où le bactérium coli infectait la vésicule suppurée, je n'ai eu aucun revers, et, lorsque après laparotomie elle paraît aisée à pratiquer, je crois que c'est la méthode de choix, car elle met sûrement à l'abri de la récidive. »

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— *Un cas de luxation ischiatique traumatique traitée par la décapitation du fémur*, fait ensuite l'objet d'une communication de M. Delorme.

Il s'agit d'un jeune soldat ayant déjà subi six fois des tentatives vaines de réduction, qui, examiné par M. Delorme, présentait une luxation ischiatique que le chirurgien du Val de-Grâce traita par la résection de la tête fémorale replacée, comme l'a fait M. Ricard, dans l'acétabulum.

L'opération fut particulièrement difficile; la cavité cotyloïde recreusée, la tête ne put être replacée dans sa situation normale; la résection de cette tête fut pratiquée, mais rien ne put encore descendre.

M. Delorme trouva alors un pont osseux allant du col fémoral à la cavité cotyloïde, le sectionna, mais le fémur ne descendit pas encore. Ce ne fut qu'après des mouvements forcés du fémur dans tous les sens qu'on put amener l'extrémité réséquée dans l'acétabulum.

Moins de quarante-huit heures après, l'opéré mourait, et, à l'autopsie, M. Delorme trouva un agglomérat osseux, massif, allant de l'os illiaque au trochanter, masse osseuse que M. Delorme avait dû briser, et qui s'opposait à la réduction.

On sait la facilité avec laquelle se font ces productions ostéophytiques; M. Delorme y insiste, vante l'incision postérieure et le bon résultat de la résection de la tête qui, replacée dans la cavité cotyloïde, donnait au membre une bonne situation. Il ne faudrait donc pas que cet échec fit abandonner la résection; on sait que l'arthrotomie simple,

---

heures ne suffit pas à faire disparaître *complètement*, est une fatigue exagérée et, par suite, dangereuse.

L'entraînement physique ne se borne pas à ces effets physiologiques. Il aurait, au point de vue moral, des conséquences non moins dignes d'intérêt qu'on peut résumer en deux mots : « Continence et tempérance ». Ce point est peut-être discutable; et ici, il y a lieu de distinguer. Il n'est pas douteux que l'entraînement intensif ne modère l'appétit sexuel, s'il ne l'éteint tout à fait. En tous cas, la déperdition des forces qu'entraîne l'acte vénérien serait suffisante à mettre en état d'infériorité les grands coureurs aux prouesses retentissantes. L'expérience d'ailleurs l'a prouvé. L'un d'eux ne connut la défaite qu'après s'être marié. Il fut alors battu par des rivaux qu'il avait vaincus avant son mariage. Mais, en dehors de ces cas qui sont après tout l'exception, on s'explique mal que l'exercice entraîne la continence; car les sujets qui s'en tiennent à ce degré salutaire de fatigue qui tonifie tous les appareils et augmente la vigueur générale de l'organisme, doivent éprouver, du côté des fonctions de la reproduction, les mêmes effets d'accroissement, d'énergie et de puissance, d'où vivacité plus grande des désirs, aptitude plus grande à les satisfaire; et ceux qui vont jusqu'au point où la fatigue énerve et excite, subissent aussi, momentanément du moins, les effets de cette excitation du côté des organes sexuels. Peut-être aussi ne faut-il pas perdre de vue que l'usage de la bicyclette, en particulier, en donnant aux jeunes gens des facilités extrêmes de se soustraire à certains contrôles et à certaines gênes, peut et doit être, pour beaucoup d'entre eux, l'occasion de quelques escapades où la continence n'a rien à gagner.

Je ne suis pas éloigné de penser de même en ce qui touche à la tempérance. Que l'alcool soit proscrit du grand entraînement, que les coureurs sérieux se gardent de commettre la faute de se procurer à son aide une vigueur factice et fugace que compense, et au-delà, la dépression durable qui la suit, j'en tombe d'accord. Mais, encore une fois, ceux-là sont l'exception. Et les autres sont loin de dédaigner « l'apéritif qui remonte ». L'exercice musculaire, en général, l'usage du bicycle, spécialement, qui échauffe le corps et provoque la transpiration, sont des « épices à boire ». Or, combien peu ont la sagesse de préférer aux

et même la réduction simple, ont aussi occasionné des décès.

— La séance se termine par une lecture de M. Faure sur un cas de *contusion du foie avec décollement de la vésicule biliaire, et hémorragie hépatique traitée par la laparotomie, et suivie de guérison.* EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 1er MAI 1896

Aux faits déjà connus de *rash* survenant *au cours de la varicelle*, et en particulier aux faits publiés par M. Galliard et par M. Chauffard, il faut ajouter celui que M. COMBY communique aujourd'hui. Il s'agit d'un enfant de deux ans qui, entré à l'hôpital Trousseau pour une scarlatine, en guérit parfaitement; mais il contracta dans le service une varicelle dont l'éruption, assez discrète, se fit en plusieurs jours. Le deuxieme jour de l'éruption, l'enfant présenta une poussée fébrile et un rash scarlatiforme généralisé, sans démangeaison; ce rash dura trois jours. Les urines restèrent normales.

Les rash sont rares au cours de la varicelle; ils ne précedent pas l'éruption mais se montrent en même temps qu'elle; ils peuvent être morbilliformes ou scarlatiniformes; ils sont très éphémères, et peuvent ainsi passer inaperçus; c'est peut-être en raison de cela qu'ils semblent si rares.

— A l'occasion de la communication de M. Hanot sur le *cancer de l'ampoule de Vater*, M. RENDU présente l'observation d'un fait de ce genre qu'il a observé à l'hôpital Tenon, en 1882:

« Un homme d'âge moyen, de bonne santé habituelle, est atteint d'ictère sans cause appréciable. A trois reprises différentes la jaunisse disparait, sans provoquer d'autres symptômes que ceux d'une rétention biliaire passagère. Puis, elle reparait de nouveau, se complique de fièvre, de tension douloureuse du foie, de phénomènes infectieux rappelant, par certains côtés, l'ictère grave. La mort survient au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques, parmi lesquels prédomine une diarrhée profuse, qui, dans les deux derniers jours de la vie, se complique d'hémorragie intestinale.

« On trouve, à l'autopsie, un épithélioma à cellules cylindriques, exactement limité à l'ampoule de Vater, une angiocholite suppurée et des abcès du foie multiples, tandis que le pancréas reste absolument indemne de toute lésion.

« Deux points, dans cette observation, ajoute M. Rendu, me paraissent mériter l'attention. parce qu'ils peuvent contribuer peut-être à faire distinguer cliniquement le cancer de l'ampoule de Vater, d'origine exclusivement intestinale, de ceux de la tête du pancréas. Ce sont les alternatives d'amélioration et de récidive de l'ictère dans les premières phases de la maladie et la diarrhée persistante de la période terminale.

« Comme chez le malade de M. Hanot, le début de l'affection a été insidieux et remarquablement bénin. Un ictère, indolent, accompagné d'un léger embarras gastrique, impossible à distinguer de l'ictère catarrhal classique, n'altérant pas sensiblement la santé générale, voilà tout ce qu'ont présenté nos deux malades. Puis, quand on les croyait guéris, de nouveau, sans cause provocatrice appréciable, les signes de l obstruction biliaire se sont reproduits, et cela, à plusieurs reprises différentes.

« Il est possible de se rendre compte du mécanisme de cet ictère intermittent qui, *a priori*, semblerait imputable à un calcul flottant dans le canal cholédoque, La plaque d'épithélioma qui envahit l'ampoule de Vater ne supprime pas complètement la perméabilité du cholédoque; elle ne fait que le rétrécir, et ce rétrécissement lui même peut varier suivant l'état de turgescence et de vascularisation du néoplasme. Cette disposition explique également l'indolence absolue du mal pendant une assez longue période. Le développement de l'épithélioma est lent et absolument insensible, et, d'autre part, l'obstruction biliaire se fait assez graduellement pour n'éveiller, pour ainsi dire, aucune douleur.

« Quand il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas, il ne donne pas, nécessairement, lieu tout de suite à de l'ictere; mais, le jour où, par son développement, il arrive à englober l'extrémité du canal cholédoque, l'ictère devient définitif et ne rétrograde plus. L'intermittence de l'ictère est donc un signe de présomption du cancer de l'ampoule de Vater, tandis que sa persistance peut faire songer à celui de la tête du pancréas, surtout quand il s'y joint de l'amaigrissement et des signes de détérioration de l'organisme.

---

liqueurs alcooliques des boissons hygiéniques? Combien peu donneraient la préférence au breuvage de Mosso et Paoletti (solution de 1 partie de sucre dans 10 parties d'eau), malgré l'amélioration et le bien-être qu'il procure aux coureurs fatigués?

Sans doute il y a les liqueurs dites *sportives* (kola, coca, etc.), dont la vogue n'est pas encore passée. Mais leur emploi ne fait aucun tort à la consommation de l'alcool, et elles-mêmes ne sont pas sans présenter de sérieux inconvénients, pour peu que l'usage qu'on en fait devienne de l'abus — et on devine combien c'est facile.

En somme, il faut se garder de toute illusion à cet égard. Demandons à l'entraînement ce qu'il peut sûrement donner, s'il est bien conduit: accroissement de vigueur et de santé, accroissement d'énergie morale même; demandons-lui la *forme*, c'est-à-dire l'aptitude à fournir le maximum de travail avec le minimum de fatigue. C'est déjà beaucoup. Pour le reste, je ne me refuse point à y voir un agent de moralisation, dans la mesure où il est juste et vrai de dire: *Mens sana in corpore sano*.

La Société de secours des Amis des Sciences a tenu sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Joseph Bertrand, membre de l'Académie Française, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, le jeudi 30 avril, à huit heures et demie du soir, à la Sorbonne.

M. E. Bouty, professeur à la Faculté des Sciences, a fait une conférence sur les *Rayons X*.

Rappelons que la Société des Amis des Sciences, dont le siège social est, 79, boulevard Saint-Germain. a été fondée par Thénard en 1857; elle a pour but de venir en aide aux savants malheureux ou à leurs familles, et comprend des souscripteurs annuels (10 francs), des souscripteurs perpétuels (200 francs), des donateurs annuels pour des sommes plus importantes que la cotisation, et enfin cette œuvre reçoit, avec la même reconnaissance, tous les dons aussi minimes qu'ils soient.

La Société de Secours des Amis des Sciences, ayant été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 15 avril 1858, a qualité pour recevoir les dons et les legs qui lui sont faits même par dispositions testamentaires.

« La diarrhée a, vraisemblablement, moins de valeur. car elle peut se montrer toutes les fois que la digestion pancréatique est altérée. Je suis tenté de croire, cependant, qu'il y a lieu d'en tenir compte, quand on la voit persister avec la fixité qu'elle présentait chez mon malade. Quel que soit le siége des cancers épithéliaux de l'intestin, ils donnent presque toujours lieu à de la diarrhée chronique, dont on ne comprend la signification que le jour où apparaissent certains symptômes insolites, tels que l'enterrhorragie ou les phénomènes d'obstruction intestinale. Dans l'ictère chronique par obstruction calculeuse, la constipation est la règle, même quand il s'y joint de l'angiocholite. L'ictère grave, lui-même, qui donne souvent lieu à des hémorragies intestinales, n'entraine pas nécessairement de la diarrhée. C'est donc un accident quelque peu isolite, que de la voir survenir au cours d'un ictere, et surtout de la voir persister, malgré un traitement rationel. Il faudra, dorénavant, et en pareil cas, penser à la possibilité d'un cancer de l'ampoule. »

M. Hanot insiste de nouveau sur un signe auquel il attribue une valeur séméiologique considérable, l'intermittence de l'ictere. Celle-ci doit toujours faire penser à un cancer de l'ampoule de Vater. M. Hanot pense que ce cancer est plus fréquent qu'on ne le croit, mais qu'il passe tres facilement inaperçu.

— M. Jolly, interne à l'hospice de Bicêtre, communique un fait curieux d'éruption généralisée de *syphilides papuleuses* chez un malade ayant eu une paralysie infantile qui laissa le membre inférieur droit atrophié. Or, tandis que tout le reste du tégument présentait des éléments éruptifs, le membre droit resta absolument indemne.

On connaît un certain nombre de faits analogues, et concernant non seulement la syphilis, mais aussi d'autres maladies éruptives. Tel est le cas que rappelle M. Mathieu, et qu'il a publié en 1881, dans lequel un individu, à qui on avait sectionné le sciatique pour une tumeur, eut, quelque temps après, la variole; les éléments éruptifs se montrerent sur tout le tégument, sauf au niveau du membre inférieur, du côté où le sciatique avait été sectionné.

— M. Marie montre à la Société deux malades atteints d'*acromégalie*, et attire spécialement l'attention sur les différences que présentent les mains de ces malades. L'un a les déformations classiques : ses mains sont hypertrophiées en largeur ; l'autre, une jeune femme, a les mains développées en longueur. On sait que pour MM. Brissaud et Meige, le gigantisme et l'acromégalie sont réunis par des liens étroits ; le gigantisme serait l'acromégalie des sujets jeunes. Bien que M. Marie ne partage point cette opinion, il fait remarquer cependant que la différence de conformation des mains chez les deux sujets qu'il présente explique l'expression de MM. Brissaud et Meige : quand l'acromégalie atteint un sujet jeune, l'hypertrophie se fait en longueur ; quand elle frappe un individu de plus de quarante ans, l'hypertrophie se fait en largeur. Cette différence dans l'évolution des déformations tient évidemment à l'existence, dans le jeune âge, de cartilages inter-épiphyso-diaphysaires.

Le massage dans l'armée. — Le ministre de la Guerre a décidé la création de trois centres d'instruction à former des infirmiers masseurs.

Les hôpitaux du Val-de-Grâce, à Paris; Desgenettes, à Lyon, et du Dey, à Alger, recevront les infirmiers choisis. La période d'instruction durera six semaines.

Congrès de Médecine interne de Wiesbaden

Parmi les questions traitées à ce Congrès, figure, en première ligne, l'étude des **médicaments antipyrétiques**.

M. Binz a resumé l'état de nos connaissances sur la mode d'action de la quinine, de l'acide salicylique, de l'antipyrine, de l'antiféhrine, etc. La quinine est, pour M. Binz, un antipyrétique excellent; il agit sur les cellules, aussi bien sur celles de l'organisme que sur les éléments pathogènes de la fièvre paludéenne. C'est un antipyrétique à la fois local et général, et l'on y revient toujours.

Les propriétés de l'acide salicylique sont analogues à celles de la quinine; non toxique, ne se détruisant pas dans l'organisme, il est à la fois antiputride et antifermentescible. De plus, il a une action spécifique sur la cause encore inconnue du rhumatisme articulaire aigu. L'acide salicylique est antipyrétique comme la quinine, mais agit autrement que lui sur les cellules de l'organisme.

L'antipyrine est peu antiseptique, pas antiputride. Son action antipyrétique s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux central, au moyen des organes de régulation qui se trouvent dans le cerveau. On peut dire qu'elle atténue l'excitation nerveuse centrale produite par la cause pyrétogène.

L'antifebrine, la phénacétine, la thalline se comportent probablement de la même façon. Cependant la thalline a une certaine action germicide dans les maladies infectieuses aiguës.

Lorsque l'alcool agit sur la température, c'est toujours pour l'abaisser. Cela se voit très nettement dans les fièvres septiques et putrides, dans la fièvre puerpérale. L'alcool agit comme antiseptique, comme diurétique et en excitant le cœur, ce qui facilite la circulation cutanée, et par suite la perte de chaleur.

Est-il utile, dans les maladies infectieuses aiguës, d'abaisser la température ? Telle est la question qu'a cherché à résoudre M. Kast, en se basant sur l'expérience et sur l'observation clinique. Les expériences de Walter, Roricki, Lœvy et Richter, Filehne, ont prouvé que la chaleur diminuait la gravité des infections expérimentales, augmentait les chances de guérison. M. Kast a inoculé des cobayes avec le bacille typhique et leur a ensuite administré la 1/2 ou le 1/4 de la dose suffisante du sérum antityphique de Pfeiffer ; les animaux maintenus à 40°-41° survécurent, ceux maintenus à 36° succombèrent. La phagocytose n'est pas diminuée par la fièvre. Les hautes températures produisent des dégénérescences organiques, surtout celle du cœur; elles n'apparaissent guère qu'au bout de huit à dix jours.

Cliniquement, il est rare que des malades soient soignés exclusivement par les antipyrétiques. Cependant, en 1882, Riess a traité 377 fièvres typhoïdes par l'acide salicylique exclusivement; la mortalité a été de 20,7 °/o.

En résumé, le danger véritable, dans les maladies infectieuses aiguës, ne réside pas dans les hautes températures. S'il y a des troubles fonctionnels du côté du système nerveux, le mieux est de baigner les malades et, à l'occasion, de donner la quinine, qui est de beaucoup préférable aux nouveaux antipyrétiques.

Pour M. Pœhl, l'action physiologique des antipyrétiques de la série aromatique s'explique surtout par leur propriété de donner facilement des produits de substitution et d'addition. Souvent dans l'urine on trouve les composés aromatiques combinés avec des produits dont l'élimination fait disparaître l'auto-intoxication. Souvent, il s'agit de corps qui diminuent la respiration des tissus, de combinaisons comme les acides amidés. C'est ainsi que l'antifébrine est éliminée sous forme d'acide acétyl-paramido-phénolglyconurique, etc. Beaucoup d'antipyrétiques se combinent avec l'acide amido-acétique. Les amidoacides, comme la cystine, la leucine, la tyrosine, jouent un grand rôle dans les auto-intoxications, et existent dans l'urine, non seulement dans l'atrophie jaune aiguë et l'intoxication phosphorée, mais dans les diverses maladies infectieuses, la variole, le typhus, la morve, la rage, la leucémie, etc. Ce sont les antipyrétiques qui débarrassent les tissus de ces déchets encombrants. Il serait important de donner, en même temps que les antipyrétiques, une petite dose de sulfates neutres; on faciliterait ainsi la formation d'acides sulfo-conjuguées dont le passage à travers les reins est moins irritant que celui des combinaisons aromatiques primitives.

D'après M. Jaksch, il ne faut pas employer l'alcool comme antipyretique, car à hautes doses il abaisse la température comme toxique, et de plus, irrite le rein ; c'est surtout un tonique du cœur.

A Prague, M. Jaksch emploie les antipyrétiques dans la fièvre typhoïde; dans le stade de déclin, il ne donne que de la quinine; les autres produits, de l'antipyrine à la lactophénine, ont leur valeur, mais en tant que nervins.

M. Schill n'a jamais prescrit 1 gramme d'antipyrétique dans les maladies infectieuses; ce que l'on doit se proposer, avant tout, c'est de maintenir la force du cœur. Or, tous les antipyrétiques, y compris la quinine, ont une action nuisible sur cet organe. M. Schill est partisan de l'usage de l'alcool, et de plus emploie les bains froids, mais jamais au-dessous de 37°.

M. Unverricht rappelle qu'il a toujours dit que les dangers des températures élevées sont loin d'être prouvés; on ne sait si la fièvre est nuisible; elle peut même être utile à l'organisme. Un grand nombre de bactéries se développent mal aux hautes températures; il en est ainsi pour les micro-organismes du charbon, de la tuberculose, de la blennorrhagie, de la fièvre récurrente. De plus, la chaleur augmente la leucocytose, qui est un des principaux moyens de défense de l'organisme; peut-être permet-elle plus facilement la transformations de certaines toxines en produits inoffensifs. La pneumonie des vieillards guérit d'autant plus facilement qu'elle s'accompagne d'une réaction fébrile plus forte.

En résumé, l'hyperthermie serait une sage opération de la nature.

M. Dettweiler vante l'emploi des antipyrétiques dans les maladies chroniques, surtout la tuberculose. La quinine ne peut être utilisée à cause des effets dangereux d'un emploi prolongé. L'antifébrine et les substances analogues sont très préférables; elles n'agissent pas spécifiquement sur le processus morbide, mais ont un effet symptomatique très net. M. Dettweiler a donné 102,000 fois l'antifébrine à la dose de 0,25 sans observer d'effets nuisibles; il a administré 8,000 fois 0gr,50 de phénacétine et 1,500 fois 0gr,50 d'antipyrine. Généralement, le médicament est donné au milieu de la journée. L'appétit s'améliore rapidement et le sommeil revient. Si l'on a d'abord donné les antipyrétiques, on obtient de bien meilleurs résultats de l'emploi des hypnotiques, tels que le trional. Quelquefois, il se produit du collapsus à la suite de la chute de la température, mais la prescription de doses fractionnées permet d'éviter cet accident.

M. Filehne est certain que le système nerveux central a de l'influence sur la production de la fièvre; or, la régulation de la chaleur étant une fonction vitale, la valeur des antipyrétiques est certaine. Cela ne veut pas dire, d'ailleurs, qu'il faille toujours combattre la fièvre.

De la discussion précédente dont nous nous sommes bornés à résumer les parties essentielles, il résulte que, en Allemagne comme en France, la plupart des médecins sont hostiles à l'emploi des antipyrétiques médicamenteux dans les maladies fébriles. L'année dernière, au Congrès de médecine interne de Bordeaux, MM. Laborde et Augagneur avaient déjà montré tous les inconvénients de cette classe de médicaments; l'Allemagne, d'où un grand nombre sont sortis, les rejette à son tour..... Grandeur et décadence thérapeutique. *(A suivre.)*

École de médecine de Rennes. — M. Petit, professeur de pathologie externe, est nommé professeur honoraire.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(3e SESSION, NANCY 1896)

Règlement général

1. Le Congrès français de médecine se compose de tous les médecins adhérents, acceptés par le Bureau, quelle que soit leur nationalité, mais la langue française est la seule langue du Congrès.

2. La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs.

3. Le Congrès se réunit chaque année, pendant une période de vacances, dans un centre universitaire désigné par le Congrès précédent.

4. Les travaux du Congrès comportent : D'une part, la discussion de trois questions mises à l'ordre du jour et faisant l'objet de rapports préalables ; d'autre part, les communications personnelles de ses membres.

5. Les rapports sur les questions proposées devront être remis un mois à l'avance, de manière à être imprimés et distribués par les soins du Bureau. La discussion suivra immédiatement la présentation des rapports.

6. Les communications personnelles devront être inscrites à l'avance dans un délai indiqué, et acceptées par le Bureau. Elles sont limitées à deux pour chaque membre du Congrès et ne pourront être lues que par l'auteur, sauf autorisation de l'Assemblée.

7. Un ordre du jour des séances sera établi et envoyé aux adhérents par les soins du Bureau. Les communications personnelles seront groupées à l'ordre du jour suivant la similitude de leurs objets ; s'il en est besoin, plusieurs séances pourront avoir lieu parallèlement dans des locaux voisins.

8. La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser dix minutes ; les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser cinq minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées, et, dans ce cas, le temps accordé sera de dix minutes.

9. Le texte des communications ou des observations présentées au cours des discussions devra être remis aux secrétaires à la fin de la séance.

10. Les travaux du Congrès seront publiés en volume, *in extenso* ou par analyses, suivant les ressources disponibles.

11. Chaque session est organisée et dirigée par un Bureau nommé par le Congrès précédent, composé d'un président, deux vice-présidents, un secrétaire général et un trésorier. Le Bureau a le droit de se compléter par l'adjonction de membres supplémentaires en tel nombre qu'il le juge utile.

12. Le Bureau de chaque session possède tous les pouvoirs nécessaires à l'organisation du Congrès et à la publication de ses travaux.

13. Le Congrès est représenté par un Comité permanent, constitué par le Bureau en fonctions, le Bureau du Congrès précédent, les présidents et secrétaires généraux de tous les Congrès antérieurs. Ce Comité est spécialement chargé, dans l'intervalle des sessions, de combler par l'élection les vacances qui pourraient survenir parmi les membres du Bureau, et, pendant les sessions, de proposer au Congrès les questions à rapporter.

14. S'il y a lieu, exceptionnellement, de consulter les adhérents par un referendum, celui-ci ne s'adressera qu'aux adhérents communs des derniers Congrès.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, M. Reisser (Georges), médecin de colonisation à Oued-Fodda (Algérie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

— MM. Dumas et Moreigne (de Paris) sont nommés officiers d'Académie.

Vœux émis par les internes des hôpitaux de Paris, sur les modifications à apporter au règlement sur les services de santé :

« *A Monsieur le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris.*

« Monsieur le directeur général,

« Vous avez fait connaître, au mois de décembre 1895, aux internes en médecine des hôpitaux de Paris, votre intention de modifier le règlement sur le service de santé, en ce qui concerne les élèves en médecine et en chirurgie. Vous leur avez demandé de vous soumettre un projet pouvant servir à l'élaboration d'un nouveau règlement.

« A la suite de plusieurs réunions des délégués des différentes salles de garde, les internes en médecine des hôpitaux de Paris ont l'honneur de vous adresser le projet suivant, qui contient les principales modifications qu'ils seraient heureux de voir apporter au règlement qui les régit ;

« I. CONCOURS. — Tout candidat convaincu de fraude dans les épreuves du concours de l'internat sera exclu pour toujours des différents emplois de l'Assistance publique.

« Le président du jury sera tenu de signaler à M. le directeur général les noms des candidats qui se seront rendus coupables de manœuvres frauduleuses.

« II. DATE D'ENTRÉE DANS LES SERVICES. — La date de l'entrée dans les services sera, désormais, une date fixe qui ne pourra être changée et qui sera choisie de façon à ne pouvoir être à la merci du plus ou moins de durée du concours.

« Cette date sera fixée au 1er mars.

« III. LOGEMENT A L'HÔPITAL. — Pour conserver à l'institution de l'internat son caractère en même temps que pour assurer les soins à donner aux malades, nous croyons qu'il est nécessaire de continuer à nous loger à l'hôpital. Nous demandons que l'Administration mette à notre disposition des chambres convenables et éloignées, autant que possible, des salles de malades.

« Nous demandons, également, le maintien des bibliothèques à l'hôpital.

« IV. EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — Le règlement actuel nous place dans une situation fausse vis-à-vis de la loi, puisque n'étant pas docteurs en médecine, nous n'avons pas le droit de prescrire des médicaments aux malades de nos services, ni de pratiquer aucune intervention. Obligés par la nature de nos fonctions de faire des prescriptions, de pratiquer des interventions, nous tombons journellement sous le coup des articles 1er et 18 de la loi du 30 novembre 1892 :

« *Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine « en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en « médecine, délivré par le gouvernement français, à la « suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

« *Art. 18.* — Quiconque exerce illégalement la médecine « est puni d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de

« récidive, d'une amende de 500 à 1,000 francs, et d'un « emprisonnement de six jours à un mois ou de l'une de « ces deux peines seulement. »

« Nous demandons donc à rentrer dans la légalité et à être autorisés à passer notre thèse et, par conséquent, à jouir de tous les droits conférés par la loi aux docteurs en médecine, ou à être autorisés par M. le Préfet de la Seine à exercer la médecine en vertu de l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 :

« *Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de 12 inscriptions*, et les « étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, « *peuvent être autorisés à exercer la médecine* pendant une « épidémie, *ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine* ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans « les mêmes conditions. »

« Il est bien évident que cette autorisation d'exercer la médecine doit comporter certaines restrictions, sous peine de compromettre l'autorité du chef de service, et qu'elle ne peut s'étendre à toutes les opérations, de quelque nature qu'elles soient.....

« Nous pensons que l'autorisation de pratiquer une intervention doit être donnée par le chef de service. Lui seul peut être bon juge du degré d'instruction de son élève et de son habileté opératoire; lui seul peut décider si une opération, étant donné les conditions dans lesquelles elle est pratiquée, peut être grave ou bénigne

« De même le chirurgien de garde peut autoriser l'interne de garde à opérer, s'il juge que l'intervention est de celles qui ne nécessitent pas sa présence.

« V. PEINES DISCIPLINAIRES. — Nous demandons enfin que le chapitre des peines disciplinaires soit modifié. Nous voudrions que la gradation en soit ainsi établie :

« 1° Blâme; 2° suspension temporaire du traitement; 3° suspension temporaire de fonctions; 4° radiation.

« Cette dernière peine ne pourra être prononcée que pour une faute grave compromettant l'honneur du coupable et par un jury composé de membres du Conseil de surveillance et d'un interne désigné à cet effet par ses collègues. »

École de médecine de Clermont. — La chaire d'hygiène et thérapeutique est supprimée. Il est créé une chaire d'histologie.

M. Frédet, professeur d'hygiène et thérapeutique, est nommé professeur honoraire.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Brœmer est nommé professeur de matière médicale

M Pénieres, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

M. le Dr Rémond est nommé professeur de thérapeutique.

Congrès de la Société allemande de chirurgie. — Les questions à l'ordre du jour du 25e Congrès de la Société allemande de chirurgie, qui s'ouvrira le 27 mai prochain, sont :

Le traitement du goitre, par Bruns (de Tubingen).

L'historique de la tuberculose locale pendant ces vingt-cinq dernières années, par Kœnig (de Berlin).

Les interventions chirurgicales sur l'estomac et l'intestin, par Wolfler (de Prague).

Le traitement chirurgical de l'appendicite, par Sonnenburg (de Berlin).

L'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires, par Langenbeck (de Berlin).

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 20 avril 1896, l'inspecteur général du service de santé de la marine pourra être appelé à prendre part momentanément aux travaux du Comité des inspecteurs généraux de la marine, avec voix délibérative, pour les affaires de son ressort.

En cas d'impossibilité de prendre part à ces travaux, l'inspecteur général pourra se faire remplacer par un officier supérieur du service de santé placé sous ses ordres, lequel aura également *voix délibérative*, et non, comme par le passé, voix facultative seulement.

Falsification de la gaze iodoformée. — Voici une falsification signalée par la *Presse médicale*. Celle-ci porte sur la gaze iodoformée que certains fabricants colorent avec de l'aurantine. La gaze, ainsi colorée, au lieu de 25 °/o d'iodoforme n'en contient à peine que 1/6 °/o.

Un bon moyen de découvrir la fraude consiste à tremper la gaze suspecte dans l'eau tiède; l'aurantine se dissout et colore l'eau en jaune brillant.

M. le Dr Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, commencera le mercredi 13 mai, à trois heures, dans cet hôpital, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du tube digestif. Il les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Des démonstrations pratiques, soit au laboratoire, soit au lit du malade, auront lieu le vendredi matin, à neuf heures et demie.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson recommencera le samedi 9 mai, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades);

2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. Mermet commencera le 11 mai, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (pièces et technique);

2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures; le second, les lundi, mercredi, vendredi, à la même heure.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmique de l'Hôtel-Dieu.

Le Gerant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 20. L'UNION MÉDICALE 16 Mai 1896.

SOMMAIRE

LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

D'APRÈS LES TRAVAUX RÉCENTS

Pathogénie et Symptômes.

Chaque année le goitre exophtalmique est l'objet de nombreuses communications dans les sociétés savantes, et bien que plusieurs des points controversés de son histoire aient été traités l'année dernière au Congrès des aliénistes de Bordeaux, il nous a paru intéressant de réunir et de résumer brièvement les travaux les plus récemment parus.

C'est Gauthier (de Charolles) et non Mœbius qui a le premier formulé la théorie thyroïdienne de la maladie de Basdow, dans un mémoire déposé à l'Académie de Médecine, pour le prix Portal, en 1885 (1). Il n'est pas inutile de rappeler ce fait un peu oublié, notre confrère n'ayant pas été cité dans le rapport de Brissaud, au Congrès des aliénistes.

Gauthier soutenait et soutient encore qu'il y a défaut de fonctionnement de la glande, opinion que Renaut avait, du reste, d'abord adoptée.

Actuellement, on tend plutôt à admettre une suractivité de la glande thyroïde hypertrophiée. Mais que sécrète cette glande, comment agit cette sécrétion viciée? Ici les divergences commencent.

Pour Renaut, une altération spéciale de la thyroïde, qu'il a discutée en détail au Congrès, entrave la sécrétion du produit de la glande à l'état adulte, produit auquel il a donné le nom de *thyrocolloïne;* la plus grande partie des grains sécréteurs donne naissance, chez les Basedowiens, à une substance dite *thyromucoïne* qui existe seule dans les thyroïdes de fœtus et qui est le poison cause de tout le mal. Les choses se passeraient de la manière suivante: un *primum movens* variable (microbien, choc, etc.) met la glande thyroïde en hyperactivité par l'intermédiaire du système nerveux. L'hyperthyroïdisation commence et les vaisseaux lymphatiques, dont les globules détruisent la thyroprotéine, ne peuvent suffire à leur tâche. A ce moment apparaissent les tremblements légers, l'inactivité, etc. Puis l'hyperthyroïdisation crée une lésion de la glande et la thyromucoïne passe dans la circulation sanguine et va agir sur les centres nerveux; c'est alors que se montrent les symptômes classiques.

(1) *Lyon Medical*, 1895, n° 35, p. 5.

Nous verrons plus loin les résultats obtenus par d'autres auteurs dans leurs recherches sur les produits thyroïdiens.

Gley a fait remarquer que beaucoup de symptômes du goître exophtalmique (paralysies, tremblements, contractures, vomissements, diarrhée, etc.) se produisaient chez les chiens thyroïdectomisés,— qu'il était possible d'admettre que le goitre comprime suffisamment le sympathique cervical et le pneumogastrique pour paralyser plus ou moins complètement ces nerfs et produire l'exophtalmie et la tachycardie. Pour Hurthle et Vassale, le produit *utile* de la thyroïde est lancé dans la circulation par les vaisseaux lymphatiques; donc si, comme l'admet Renaut, la circulation lymphatique devient insuffisante dans la glande, il s'accumule dans l'organisme des produits toxiques que la thyroïde détruit normalement. L'hypothyroïdisation pourrait donc tout expliquer.

Dans un mémoire tout récent, W. Edmunds a donné le résultat d'expériences nombreuses poursuivies par lui sur la pathogénie de la maladie de Graves D'après ses recherches, le goitre, dans cette maladie, a les mêmes caractères anatomiques que le goitre ordinaire; il faut simplement noter la présence à peu près constante de tissu embryonnaire à petites cellules, une hypertrophie remarquable, mais non constante, des vaisseaux sanguins.

Il y a déjà longtemps que l'on a dit que les symptômes de la maladie de Graves, autres que le goitre, étaient dus à la sécrétion interne de la thyroïde hypertrophiée. Cependant jamais, ni cliniquement ni expérimentalement, on n'a constaté que l'absorption de la glande thyroïde du mouton ou l'injection sous-cutanée de thyroïdine aient produit de l'exophtalmie. Peut-être la sécrétion n'est-elle plus normale en cas de maladie de Graves, cela est possible, mais, en tout cas, rien ne démontre que cette sécrétion altérée puisse causer l'exophtalmie.

En faveur de la théorie « de la sécrétion », on a invoqué surtout le contraste qu'il y a entre les symptômes de la maladie de Graves et ceux du myxœdème.

Mais :

1° Dans le myxœdème aigu (chiens, singes), il peut se produire des tremblements et des attaques de dyspnée.

2° Sollier a vu coïncider dans 2 cas le myxœdème et la maladie de Graves. Dans un fait du même

genre, dû à Zum Busch, le myxœdème survint chez un sujet atteint de goitre exophtalmique et remplaça partiellement les symptômes de ce dernier; on put guérir le myxœdème par le traitement thyroïdien, mais l'exophtalmie et les autres symptômes de la maladie de Graves persistèrent.

3° Le plus habituellement, l'alimentation thyroïdienne n'aggrave pas le goitre exophtalmique (Maclkensie). Cependant un certain nombre d'auteurs ont publié des cas où le résultat a été fâcheux.

4° Enfin, il est très difficile de sauver par le traitement thyroïdien les animaux auxquels on a enlevé le thyroïde. Edmunds a pu conserver en tout 2 chiens sur 20 opérés, résultat meilleur, du reste, que s'il n'y avait pas eu de traitement. Il faut encore noter que les animaux vécurent un peu plus longtemps, que les attaques de dyspnée, la polypnée firent défaut. Chez un des animaux guéris, un examen ultérieur montra qu'il n'y avait plus trace de tissu thyroïdien.

En faveur de la théorie des sécrétions, on peut encore invoquer un fait : l'amélioration de la maladie de Graves a souvent suivi l'ablation de tout ou partie de la thyroïde hypertrophiée.

Edmunds rappelle les résultats de Oppenheimer (de Baltimore), qui sur 68 cas de goitre exophtalmique traités par l'ablation du corps thyroïde, a constaté 18 guérisons ; — 26 améliorations ; — 9 cas non modifiés ; — 5 morts immédiates ; 4 morts vingt-quatre heures après l'opération. Edmunds a observé lui-même un cas d'amélioration équivalent presque à une guérison : on fit l'extraction d'une partie considérable mais non de la totalité de la glande. Il persista un peu d'exophtalmie, de l'accélération du pouls, et de temps à autre, il se produisait encore une attaque de dyspnée.

Les symptômes oculaires de la maladie de Graves peuvent être produits par la cocaïne, ce qui conduit à penser que le poison thyroïdien agirait d'une façon analogue (Keller, Jessop). Jessop a, dans un cas de goitre exophtalmique, donné la cocaïne avec de grandes précautions ; il constata qu'elle peut augmenter l'exophtalmie, l'élargissement de la fente palpébrale et empêcher la descente complète de la paupière supérieure. Chez le lapin, quand le sympathique cervical est divisé, la cocaïne, après quelques jours, ne produit plus ni dilatation de la pupille, ni exophtalmie, ni élargissement de la fente palpébrale.

Edmunds a fait des expériences du même genre chez le singe. Il a constaté de plus que lorsque l'on injecte l'extrait de thyroïde en même temps que la cocaïne, on ne peut produire une maladie durable.

La section du sympathique cervical produit, entre autres effets, la rétraction du globe de l'œil dans l'orbite, le rétrécissement de la fente palpébrale.

La section du sympathique pourrait donc remédier aux cas dans lesquels l'exophtalmie est assez marquée pour qu'il y ait occlusion de la cornée. La suture des paupières entre elles ne réussit pas toujours, loin de là, à empêcher les accidents. Il n'y a pas à redouter d'accidents à la suite de la disparition de l'action du sympathique cervical.

Mais est-ce le goitre qui est primitif, — ou s'agit-il d'une maladie d'abord d'origine nerveuse?

Les parentés morbides, dit Edmunds, sont plutôt neurotiques que thyroïdiennes.

La maladie de Graves n'est pas plus fréquente dans les régions à goitre qu'ailleurs.

Voici un cas très curieux qui plaide en faveur de l'influence nerveuse ; il est dû à Solbrig.

Un garçon de huit ans, fils d'une femme qui avait été atteinte de maladie de Graves, subit un désappointement à l'école ; il est pris de palpitations et de sueurs profuses, le jour d'après, la thyroïde s'hypertrophie ; il se développe de l'exophtalmie, le pouls est à 180 ; au bout de deux jours, les symptômes disparaissent graduellement et la guérison est complète en dix jours.

Putnam, d'après Coggeshall, a cité un cas semblable.

La maladie peut avoir des relations avec des lésions des corps restiformes ; le fait est bien connu.

Alcand a vu la maladie de Graves précéder le diabète ; au moment où ce dernier devint évident, la thyroïde était très diminuée, les palpitations avaient cessé, mais le pouls était encore très rapide.

On peut admettre qu'une excitation du sympathique, soit dans ses origines centrales, soit dans ses ganglions, donne lieu aux symptômes cardiaques et oculaires. L'excitation de ce nerf augmentant la sécrétion des parties constituantes solides de la salive, rien n'empêche d'admettre que cette excitation, prolongée, peut produire une hypertrophie de la thyroïde, cette glande ressemblant beaucoup aux glandes salivaires.

D'autre part, les guérisons, ou, au moins, les grandes améliorations que l'on observe fréquemment dans la maladie de Graves, semblent en contradiction avec toute lésion centrale profonde.

On peut encore dire, contre la théorie de la sécrétion, que, jusqu'à présent, on n'a pu trouver de poison dans le sang ou dans la rate des animaux auxquels on avait enlevé expérimentalement la thyroïde. Les expériences tentées de ce côté par Edmunds sont restées négatives (1).

O. Briner admet un trouble du système nerveux

(1) Société pathologique de Londres, 21 mai 1895.

central comme cause essentielle de la maladie ; cette altération initiale retentirait sur d'autres organes et, en particulier, sur la thyroïde, par l'intermédiaire des vaso-moteurs. Alors la glande fournit des produits de sécrétion anormaux qui agissent comme toxiques (1).

Malgré quelques recherches intéressantes, les substances que sécrète la thyroïde saine ou malade sont encore très mal connues.

S. Morkotoune a retiré de la glande une albumine phosphorée, thyro-nucléo-albumine ; 172 grammes de thyroïde en renfermaient 8 grammes. Elle proviendrait de la mucine.

Notkine (de Kiew) a décrit dans le corps thyroïde une substance albuminoïde, la thyroprotéide et un enzyme. La thyroprotéide, déchet des substances intra-organiques, s'emmagasine dans le corps thyroïde où elle séjourne jusqu'à ce qu'elle soit détruite par l'enzyme, produit de sécrétion de la glande. Si cette sécrétion est en excès, la maladie de Basedow apparait. L'insuffisance de substance thyroprotéide aura le même effet.

Baumann et Boss ont obtenu avec la glande thyroïde du mouton un produit atteignant 0 °/₀ 2 à 0 °/₀ 5 de la glande. Ils ont appelé ce produit thyroïodine et reconnu qu'il contenait de l'iode. C'est une poudre amorphe, bien soluble dans l'alcool, renfermant de l'acide phosphorique mais pas d'albumine. Ce composé iodé existerait dans la glande thyroïde de l'homme et aurait une action thérapeutique identique à celle de la glande elle-même (2). Ewald a retrouvé l'iode dans des tablettes thyroïdiennes.

Fraënkel a isolé un alcaloïde qui parait être un dérivé de la guanidine et qui serait la substance véritablement active de la glande thyroïde. L'injection intra-veineuse de cette antitoxine provoque l'accélération du pouls que l'on observe après les injections d'extrait thyroïdien. Cette substance empêche les convulsions qui suivent la thyroïdectomie (3). Plus récemment, Fraënkel a insisté sur ce fait que la thyro-antitoxine n'est pas une substance simple.

Dourdoufi a soutenu que dans la maladie de Basedow, il y avait auto-intoxication par une substance analogue à la cocaïne par ses propriétés et élaborée par la thyroïde.

A l'exemple de Ballet et Enriquez, etc., Gucorguiensky a administré à des chiens du suc thyroïdien ou des glandes mises en bouillie. Il n'a noté qu'une augmentation non constante et peu considérable du volume de la glande. A l'examen microscopique, il a trouvé constamment, comme lésions, de la dilatation des culs de sac glandulaires remplis d'une substance gélatineuse, des altérations profondes de l'épithélium, de la compression des vaisseaux, de la diminution de l'espace séparant les culs de sac (1).

(1) *Beitrage zt. Klin. Chir.*, 1895, XII, 3.
(2) *Phar. Ztschrift. f. Rsslrd.*, 1895 n° 20, p. 357.
(3) Société Império-Royale de Vienne, novembre 1895.

Canter, en administrant de la glande thyroïde par doses croissantes à des chiens, a pu produire de l'amaigrissement, de la diarrhée, des vomissements, de la paraplégie, une fois du tremblement, de la tachycardie, une augmentation de la désassimilation. Il a insisté sur l'élimination considérable des phosphates, ce qui tiendrait à l'atteinte portée aux centres nerveux (2).

Pour G. Etienne, la maladie de Basedow ne serait pas simplement le résultat d'une hyperthyroïdisation, mais bien d'une déviation de la sécrétion, d'un élément différent de celui dont la diminution détermine le myxœdème et, dans les deux cas, devant être restitué à l'organisme.

Bienfait a insisté sur ce point, qu'en supposant une paralysie simultanée du grand sympathique et du vague, on obtient tous les symptômes du goitre exophtalmique. Or, comme les ramifications et le tronc de ces nerfs sont intacts, on doit admettre que la lésion doit se trouver dans le bulbe, là où les centres des deux nerfs sont voisins. A l'exemple d'Isleline, Bienfait a essayé de léser ce point du bulbe et de produire la paralysie simultanée du pneumo-gastrique et du sympathique. Les animaux opérés ont présenté du tremblement, de l'exophtalmie (38 °/₀ des cas), de l'hypérémie du corps thyroïde (24 °/₀). L'expérience ne durait pas assez longtemps pour que le goitre put se produire. Le centre basedowien se trouverait, chez le lapin, au niveau du bord interne du corps restiforme, à peu près au milieu de sa longueur, à 1 millimètre 1/2 de profondeur. Bienfait admet que les fonctions du centre bulbaire peuvent être altérées par lésion directe, par action réflexe, action du cerveau, auto-intoxication par le suc thyroïdien. Dans ce dernier cas seulement on aurait affaire au vrai goitre exophtalmique (3).

Pour le professeur Potain, la maladie de Basedow est une névrose qui agit sur la fonction thyroïdienne ; cette dernière, en s'altérant, amène de nouveaux troubles. L'éminent maître a insisté sur l'analogie que présente le masque d'un homme en colère et celui d'un basedowien. « Nous y retrouvons les mêmes symptômes : immobilité de la face, procidence des globes oculaires, fixité du regard, tremblement, surtout tremblement des mains, le cœur bat violemment, le visage, et quelquefois le corps entier, se couvrent de sueurs abondantes ; on observe quel-

(1) Société des médecins russes, *an. in. Presse Médicale*, 1896, 28, CXL.
(2) *Annales de la Société médicale et chirurgicale de Liège*, 1895, I, p. 19.
(3) *Gaz. Méd. de Liège*, 28 mars 1875.

quefois de la diarrhée, des troubles psychiques allant jusqu'à l'inconscience complète ».

L'influence des contrariétés, des chagrins, des émotions est hors de doute et les exemples de leur action abondent (Potain). Un homme a une femme hystérique qui lui rend la vie insupportable; longtemps il la supporte, puis il devient basedowien. Une Américaine vient habiter Paris avec son mari qui y a une conduite peu régulière; la femme a des accès terribles de jalousie et de colère et devient basedowienne. Un collégien ressent les premiers symptômes de la maladie à la suite des émotions qu'il ressent la veille de la distribution des prix (1).

Hosslin ne croit pas au rôle pathogénique du corps thyroïde, et il se demande si les cas de guérison ou d'amélioration après la thyroïdectomie n'ont pas la même valeur et la même signification que l'ovariotomie dans l'hystérie.

Enfin, s'appuyant sur une intéressante observation où une malade, migraineuse et hémorrhoïdaire depuis sa jeunesse, fut atteinte de goitre exophtalmique, à trente-sept ans, au moment de la cessation des règles, puis devint, à peu près en même temps, diabétique et acromégalique. Lancereaux range la maladie de Basedow dans l'herpétisme. Henrot (de Reims) a publié une observation du même genre; de même Valot, en 1893 (dans ce dernier cas la glycosurie faisait défaut). Henrot a trouvé chez sa malade des lésions des ganglions et des troncs nerveux des pneumo-gastriques et du grand sympathique (2).

On voit que les opinions sur la pathogénie du goitre exophtalmique sont très variables. Il est probable qu'elles ont toutes, plus ou moins, une part de vérité et qu'on sera conduit plus tard à dissocier le syndrome basedowien comme on a dissocié le diabète.

Relativement à l'étiologie, nous n'avons que peu de travaux à citer.

D'après une observation de Siguier, il pourrait y avoir relation de cause à effet entre la grossesse et le goitre. En effet, dans son cas la maladie de Basedow débuta avec une grossesse et eut une légère tendance à l'amélioration une fois l'accouchement terminé (3). Beaucoup de cas de maladie de Basedow se manifestent, en effet, à l'occasion d'une grossesse (Fischer). Cependant Sternberg a vu des cas s'améliorer et d'autres s'aggraver sous l'influence de la gestation. Weiss et d'autres ont aussi cité des cas d'amélioration (4).

L'hérédité similaire est relativement rare dans le goitre exophtalmique. Des observations en ont été publiées par Œsterreicher, Cheadle, Déjerine, Thyssen, Dieulafoy, Raymond et Sérieux, etc. Dans l'observation de ces derniers auteurs, il s'agit d'une famille dans laquelle la grand'mère, la mère et la fille présentaient du goitre exophtalmique. Dieulafoy a observé une famille dans laquelle il y a eu, en trois générations, six cas de maladie de Basedow. Baylac a aussi récemment observé un cas d'hérédité similaire. Une femme presente les premiers symptômes (tremblements) de la maladie de Basedow après avoir eu une péritonite puerpérale. Chez la fille, une exophtalmie apparaît pendant la convalescence d'une dothiénentérie. Chez les deux malades, la symptomatologie se complète peu à peu. Dans les deux cas, les premières manifestations se sont montrées après une maladie grave et il est probable que ces maladies ont été les causes provocatrices du syndrome de Basedow chez des femmes présentant des tares héréditaires nerveuses (1).

Bouchaud a vu un goitre exophtalmique coïncider avec un tremblement héréditaire. Vigouroux, en 1875, avait signalé un cas du meme genre.

VI

Un certain nombre de signes oculaires de la maladie de Basedow ont reçu les noms des auteurs qui les ont décrits en premier lieu. Ceux de nos lecteurs qui sont peu familiers avec la neuropathologie nous sauront sans doute gré de leur rappeler la signification du

Signe de de Græfe : défaut de synergie entre les mouvements de la paupière supérieure et ceux du globe de l'œil.

Signe de Mœbius : défaut de convergence des axes oculaires.

Signe de Stellwag : agrandissement de la fente palpébrale.

Signe de Joffroy : le malade regardant le sol, on lui ordonne de porter rapidement les yeux en l'air, et les paupières ne suivent pas.

Jessop a observé trois cas d'ulcération de la cornée. Dans un premier cas où l'exophtalmie était extrême, Jessop pratiqua la tarsorrhaphie partielle des deux yeux. Malgré cela, les deux cornées se perforèrent L'amélioration de l'œil finit par s'imposer.

M. Davidson, dans un cas de maladie de Basedow où il n'y avait pas d'exophtalmie, a vu cependant la cornée s'ulcérer. Inversement cette ulcération peut manquer même dans des cas d'exophtalmie excessive (2).

Huchard a insisté récemment sur les crises d'amaigrissement qui se produisent chez certains malades.

(1) *Revue Internat. de méd.*, 1895, n° 19, p. 365.
(2) *Sem. Méd.*, 1895, n° 8, p. 61.
(3) *Soc. Obst. et Gynécol.*, de Paris, 9 mai 1895.
(4) *Club-Médical de Vienne*, 4 décembre 1895.

(1) *Arch. Méd. de Toulouse*, 1895, n° 2, p. 30.
(2) Société d'Ophtal. de Londres, 14 nov. 1895.

Chez un homme de vingt-cinq ans, dont il parlait dans une de ses dernières leçons cliniques, il survient tout à coup, sans cause apparente, un amaigrissement qui, en quelques semaines, atteint 3 ou 4 kilos, sans qu'il y ait d'altération de l'état général. Puis cet amaigrissement s'arrête, et, peu à peu, le malade récupère son poids primitif. Le fait s'est reproduit plusieurs fois.

Les expériences de Ballet et Henriquez expliquent très bien les crises d'amaigrissement. Les chiens auxquels ils injectaient de l'extrait thyroïdien diminuaient, proportionnellement à leur taille, de plusieurs kilos sous l'influence de cette hyperthyroïdisation artificielle. On pourrait donc admettre, et ceci nous montre que l'excellent clinicien de Necker se rattache à la théorie de l'hyperthyroïdisation, qu'il se produit dans le cours de la maladie de Basedow des exagérations fractionnelles du corps thyroïde ; d'où les crises d'amaigrissement, de diarrhée, de toux sèche, faisaient croire à l'invasion de la tuberculose (1).

V. Hosslin (2) a constaté une hypertrophie du cœur augmentant à mesure que la maladie s'aggravait. Dans un cas, le bord droit du cœur se trouvait à deux travées de doigt en dehors du bord droit du sternum ; le choc de la pointe se faisait dans le 6e espace, à trois travées de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire et ébranlait tout le thorax ; pendant les accès tachycardiques, les pulsations se transmettaient à l'estomac sain et pouvaient être entendues à un ou deux mètres de distance. Enfin, il existait un souffle systolique à la pointe. Les phénomènes cardiaques s'amendèrent en même temps que les autres symptômes et finirent par disparaître complètement. Chez le même malade, les exacerbations de la tachycardie habituelle étaient très fréquentes et se prolongeaient de quelques heures à plusieurs semaines ; les accès débutaient brusquement, de telle sorte que, en une minute, le pouls passait de 130 à 220-250 ; de même la cessation était très brusque et annoncée par quelques contractions cardiaques violentes. Toujours l'angoisse accompagnait la tachycardie.

Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que plus les accès tachycardiques étaient longs et violents, plus le gonflement thyroïdien était petit ; dans l'intervalle des accès, la glande s'hypertrophiait de nouveau.

Von Hosslin a vu se reproduire, par suite des troubles gastriques, de la leucoplasie buccale. Au moment où l'état du malade fut le plus grave, on constata sur la langue des crevasses profondes et douloureuses et des ulcérations superficielles ; la leucoplasie augmentait à chaque aggravation pour diminuer dans leur intervalle. Elle disparut quand la guérison fut obtenue.

Jouin a observé trente-trois cas de goitres exophtalmiques frustes ; dans presque tous, il y avait des antécédents utérins, et le traitement gynécologique a été suivi d'amélioration (1).

Theilhaber a attiré l'attention sur la fréquence de l'atrophie utérine chez les basedowiennes. Cette atrophie est un des symptômes de la maladie et a son origine dans les troubles vaso-moteurs. Quelquefois c'est un signe précoce (2).

Les altérations de l'intelligence sont très fréquentes dans le goitre exophtalmique ; tous les auteurs ont insisté sur ce fait. A. Maude, dans un travail récent (3), est revenu sur la physionomie de ces troubles. Il a insisté d'abord :

1° Sur les troubles provoqués par le moindre bruit ;

2° Sur les hallucinations de l'ouïe et de la vue déjà observées par Galezowski, Grainger-Stewart ;

3° Sur le vertige, qui est peut-être dû, dans ses formes légères, à un catarrhe de la caisse très commun dans la maladie de Graves ;

4° Sur l'agitation motrice extrême, ressemblant à celle qui accompagne parfois la neurasthénie et la folie subaiguë.

Les malades, outre l'irritabilité, la mauvaise humeur, présentent une grande tendance à mentir, sont incapables de supporter la contradiction ou les conseils, la mémoire se détériore ; enfin, il survient une véritable *chorée d'idées*, selon l'expression de sir J. Russell Reynolds. Les malades se trouvent dans l'impossibilité de penser à n'importe quoi d'une manière suivie ; s'ils essaient d'écrire ou de causer, des idées multiples affluent dans leur esprit toutes à la fois. Une des malades de Maude ne pouvait découper des étoffes pour coudre, car elle commençait à couper pour une sorte de vêtement et finissait par couper pour une autre. Souvent les malades ont un sentiment pénible du devoir. D'après Maude, l'astasie-abasie, sous des formes variées, est souvent associée à la maladie de Graves.

L'auteur, comparant les symptômes nerveux des basedowiens à ceux présentés par les myxœdémateux, conclut qu'il y a chez ces derniers un manque, chez les premiers un excès, d'une matière quelconque agissant en stimulus ou en agent toxique sur la matière nerveuse, et surtout sur les parties intéressant spécialement les psychologistes.

Steinlecher a vu la tétanie s'associer au goitre

(1) *Journal de Méd. et de Chir.*, 1896, n° 3, p. 88.
(2) *Munch. Med. Woch*, 1896, n° 2.

(1) Société obst. et gynécol. de Paris, 11 avril 1895.
(2) Société de Med. int. de Berlin, 4 fév. 1895.
(3) *Médecine moderne*, 1895, p. 633.

exophtalmique dans un cas intéressant publié dans la *Wien. Kli. Woch.* La malade, âgée de vingt ans, avait vu son goitre se développer vers l'âge de dix ans; à dix-neuf ans seulement apparurent des accès de tétanie très fréquents dans les membres supérieurs, en même temps que les règles se supprimaient, que le caractère devenait irritable, que se montraient l'exophtalmie, la diarrhée, la tachycardie. Le corps thyroïde augmenta rapidement de volume et entraîna, par compression de la trachée, une dyspnée telle que dans les derniers jours on fut obligé de faire la trachéotomie.

On trouva, à l'autopsie, une néphrite aiguë, un œdème cérébral, un goitre parenchymateux, de l'œdème cérébral avec un cysticerque encapsulé. D'après Steinlecher, la tétanie a été produite par les sécrétions thyroïdiennes, modifiées par suite d'une prédisposition due à l'existence du corps étranger intra-cérébral.

Le myxœdème a été opposé, et avec raison, au goitre exophtalmique. Cependant, il est des cas où, sans intervention thérapeutique spéciale, le myxœdème a succédé à la maladie de Graves. On verrait survenir de l'atrophie du corps thyroïde avec des phénomènes de dépression [Campbell-Gowan] (1).

On peut facilement provoquer de la glycosurie chez les basedowiens en leur donnant des hydrates de carbone faciles à résorber (glucose), et, du reste, la glycosurie n'est pas rare chez ces malades. Sur 14 sujets présentant d'une façon plus ou moins complète de syndrômes de Basedow, observés par L. Révilliod, 7 éliminèrent une quantité exagérée de phosphates et présentèrent divers troubles trophiques osseux (2).

Volkel a réuni 20 observations dans lesquelles l'exophtalmie était unilatérale; les palpitations manquaient dans 8 cas, le goitre dans 3; 2 fois le diagnostic n'a été posé que par suite des troubles oculaires. Dans une observation de Ilitschmann, on constatait des palpitations et du tremblement, une exophtalmie unilatérale gauche, le signe de Græfe à droite seulement; le goitre manquait. Chez une malade de Vossim, âgée de vingt-deux ans, il n'y avait que des troubles oculaires : ptosis de la paupière supérieure gauche, léger degré d'exophtalmie et signe de de Græfe à droite, disposition du mouvement associé de convergence (3).

Pour Maybaum, l'on a un peu abusé du diagnostic de forme fruste du goitre exophtalmique. Il conseille de n'en admettre l'existence que lorsqu'il y a au moins deux des trois symptômes cardinaux : tachycardie, goitre, exophtalmie. Si l'on se contente de la présence d'un de ces symptômes associé à des phénomènes accessoires, on est exposé à des erreurs. C'est ainsi que la tachycardie peut exister dans l'hystérie et être alors accompagnée de divers symptômes nerveux; elle existe aussi dans le tabes dorsal, les affections de la moelle allongée. Un goitre peut être pulsatile chez un malade atteint d'insuffisance aortique, chez des personnes nerveuses. Maybaum a vu deux maladies de Basedow atypiques : chez un des malades, l'exophtalmie manquait; chez l'autre, le goitre. Dans un des cas, il y avait combinaison avec la tuberculose pulmonaire; dans l'autre, avec la chlorose.

Pour la plupart des auteurs, le pronostic de la maladie de Basedow est grave.

Pour Pribram, au contraire, le goitre exophtalmique tend naturellement vers la guérison, et son pronostic est beaucoup moins grave qu'on ne le croit. En ville, en trente ans, Pribram n'a vu qu'une seule personne succomber à la maladie, et encore y avait-il complication de diabète. Tous les autres cas ont guéri, ou, du moins, les symptômes ont été assez améliorés pour que les malades aient pu reprendre leurs occupations. Parmi ces cas, il y en avait de compliqués d'albuminurie, de lésions du cœur.

Les améliorations considérables sont beaucoup plus rares à l'hôpital (1).

Le traitement purement médical suffit pour obtenir ces résultats.

Dans un prochain article, nous étudierons en détail le traitement du goitre exophtalmique d'après les idées actuelles.

(1) *The Lancet*, 23 fév. 1895, p. 479.
(2) L. Révilliod : Le thyroïdisme et le thyroprotéoïdisme (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 août 1895, p. 41).
(3) *Beitrage zur Augenheilkunde*, 1895, XVIII.

(1) *Prag. Med. Woch*, 14 nov. 1895, n° 46, p. 521.

Congrès de Médecine interne de Wiesbaden

SUITE (2)

La seconde question importante traitée au Congrès a été l'**étude de l'emploi thérapeutique des préparations thyroïdiennes.** Les préparations employées varient beaucoup. On a d'abord fait prendre aux malades la glande fraîche ou sèche, puis on a donné des extraits glycérinés ou un précipité alcoolique de l'extrait glycériné, et traité par l'acide chlorhydrique, de la glande fraîche. Notkine, Frankel ont isolé de la thyroïde des corps divers, mais c'est Baumann qui paraît avoir obtenu la substance spécifique ou, au moins, un produit la renfermant; il a nommé ce produit, qui contient 0,10 d'iode par gramme, *thyroïodine*. On peut donner cette thyroïodine à la place de la glande fraîche.

(2) Voir le numéro précédent.

Ce que le rapporteur du Congrès, M. Ewald, a d'abord mis en lumière, c'est que souvent les préparations thyroïdiennes modifient les échanges nutritifs dans le sens de l'augmentation, qu'elles entraînent des phénomènes subjectifs allant du simple malaise jusqu'à l'état morbide le plus accentué, l'ensemble formant ce que l'on a désigné sous le nom de thyroïdisme.

La désassimilation peut être accrue presque dans la proportion de 16 %; la diurèse, la pespiration cutanée et pulmonaire, l'activité du cœur, augmentent en même temps, de même que l'excrétion des phosphates. Les principaux troubles subjectifs sont l'anorexie, la soif, l'insomnie, la tachycardie, les accès de sténocardie, la faiblesse, les vertiges, etc. Tous ces symptômes, et M. Ewald insiste sur ce point, se retrouvent, plus ou moins accentués, dans les modifications brusques des échanges liées à une désassimilation rapide des substances azotées et à l'accroissement de la combustion des graisses. Des symptômes analogues peuvent s'observer avec la cure de Marienbad, après des exercices musculaires exagérés; il ne s'agit pas là d'une action toxique.

Le pouls n'est pas modifié lorsque l'on donne les tablettes de thyroïodine, même à la dose de quatre grammes par jour; elles renferment trop peu d'iode pour provoquer une intoxication (deux glandes d'agneau renferment 0gr015 d'iode, un gramme d'iodure de potassium en contient 0gr76). Enfin dans la thyroïodine l'iode est si intimement uni à la substance organique qu'on n'arrive pas à le déceler dans l'urine.

Il est probable que la thyroïodine agit directement sur les centres nerveux, et que les troubles ne relèvent pas seulement de l'accélération des échanges.

Enfin, on observe quelquefois des démangeaisons, des urticaires, des eczémas, des céphalées, etc., qui se rattacheraient bien à l'action d'un principe toxique quelconque.

L'accélération des échanges est loin de se produire dans tous les cas où l'on donne des préparations de thyroïde; la réaction vis-à-vis de ces préparations varie chez des sujets différents, et parfois chez un même sujet.

Un certain nombre d'auteurs ont signalé une glycosurie passagère parmi les effets de la médication. M. Ewald ne l'a que très rarement observée.

La glande thyroïde a la fonction suivante : elle excrète un liquide renfermant une combinaison organique d'iode très stable; cette sécrétion, passée dans la circulation, détruit des produits toxiques de nature inconnue, dont l'existence se manifeste par les symptômes provoqués par la suppression du corps thyroïde; il doit s'agir de produits accessoires accompagnant les échanges organiques. Si la sécrétion fait défaut, les produits toxiques s'accumulent dans l'organisme et enrayent l'activité des échanges; si, au contraire, la sécrétion est en excès, ou introduite en trop grande quantité à la fois, les symptômes du thyroïdisme apparaissent.

Quand on emploie la médication thyroïdienne, il faut prescrire de petites doses au début, et on les augmentera petit à petit. M. Ewald considère que la dose maxima par jour est de dix tablettes, ce qui répond à 0,003 milligrammes d'iode par jour.

Dans le myxœdème on obtient de bons résultats par l'emploi des tablettes thyroïdiennes. Lorsque l'on a suspendu la médication, très souvent on est obligé d'y revenir de temps en temps. Les malades sont alors avertis de l'opportunité d'un nouveau traitement par la réapparition de douleurs dans les membres, un peu de gonflement de la face. Il suffit d'un petit nombre de tablettes pour faire disparaître ces symptômes.

Dans le crétinisme sporadique ou myxœdème infantile, on obtient une amélioration notable, mais il ne faut pas espérer la guérison complète. Les résultats obtenus dans le crétinisme endémique sont encore peu démonstratifs.

Comme la médication thyroïdienne avait eu de bons effets sur les lésions cutanées du myxœdème, on l'a essayée dans un certain nombre de maladies de peau : psoriasis vulgaire, lupus, ichtyose, sclérodermie, etc. Jusqu'à présent, il est difficile de savoir jusqu'à quel point on peut compter sur le traitement.

M. Ewald a pu obtenir de bons effets sur le lupus.

L'obésité est justiciable de la médication thyroïdienne. En six semaines, en faisant usage de trois à cinq tablettes par jour, on peut observer un amaigrissement de 4 à 5 kilogrammes en moyenne. La diminution du poids s'obtient sans régime spécial; il y a, cependant, avantage à prescrire une alimentation azotée, afin de compenser la désassimilation des albuminoïdes. Certains obèses sont réfractaires au traitement. Les effets de la thyroïodine dans l'obésité sont identiques à ceux de la glande elle-même. Pour M. Ewald, il est nécessaire de faire de nouvelles recherches avant d'émettre une opinion ferme sur les effets du traitement thyroïdien dans la tétanie, la maladie de Basedow, le rachitisme, l'acromégalie, l'épilepsie, diverses psychoses.

M. Bruns, co-rapporteur, a montré les progrès que la chirurgie a permis de réaliser dans l'étude des fonctions de la glande thyroïde. Après la thyroïdectomie, la cachexie struuipive apparaît extrêmement vite à l'époque de la croissance. Schiff a fait voir que l'on pouvait éviter les effets de la thyroïdectomie sur les fonctions cérébrales en implantant une glande semblable avant l'enlèvement du corps thy-

roïde. On obtient les mêmes effets en administrant par une voie quelconque les préparations thyroïdiennes.

M. Bruns a obtenu la guérison dans le goitre par la thyroïdothérapie dans 8 % des cas environ; la glande revint au volume normal et il n'y eut pas de récidive; dans 1/3 des cas, il y a eu diminution de la tumeur; dans 1/3, amélioration des symptômes.

C'est surtout la forme hyperplasique qui est influencée; mais, cependant, il reste babituellement dans la glande, de petits foyers d'altération d'où partent les récidives. Une simple diminution de l'hyperplasie suffit pour soulager beaucoup les malades en faisant disparaître ou en atténuant les symptômes dus à la compression.

M. Bruns attribue un rôle important au système nerveux dans la diminution de volume du goitre hyperplasique sous l'influence de la médication thyroïdienne; il a comparé le phénomène à la disparition rapide des tissus dans l'atrophie musculaire progressive.

M. Blachstein a trouvé souvent la thyroïde altérée chez les glucosuriques. Une fois la glande était diminuée de volume et présentait une transformation fibreuse et kystique; cinq diabétiques obèses avaient, au contraire, le corps thyroïde tuméfié. M. Blachstein a pu, par la thyroïdectomie, améliorer beaucoup l'état de certains diabétiques. La médication thyroïdienne, chez les diabétiques obèses, améliore l'état général, mais augmente la glucosurie.

Chez les obèses soumis au traitement par les préparations thyroïdiennes, M. Magnus Lévy a noté une grande augmentation dans la consommation de l'oxygène.

MM. Schmidt, Heubner, ont insisté sur les effets favorables de la thyroïdothérapie à l'égard de la croissance.

M. Rehn a vu deux enfants atteints de crétinisme, sans myxœdème, présenter une amélioration étonnante lorsqu'on leur eut donné de la thyroïodine.

Pour M. Schultze, dans l'aéromégalie, la thyroïodine donne des résultats fâcheux. Au contraire, M. Roos a constaté qu'elle réussissait dans la chlorose.

Actuellement il est impossible — et cela résulte nettement de la discussion qui a suivi la lecture des rapports — d'émettre, dans la plupart des cas, un avis ferme sur les effets probables de la médication thyroïdienne. Nous avons vu que M. Ewald n'avait que rarement constaté l'élimination de sucre à la suite du traitement. Rosenfeld ne l'a jamais vue; von Noorden l'a souvent trouvée. Dans un cas de M. Schultze, le traitement thyroïdien aggrave la tétanie; dans des cas de M. Breisach, il la guérit. De même, malgré les travaux poursuivis avec tant de persévérance, les fonctions de la thyroïde sont encore bien mal connues, et les substances isolées des extraits sont probablement des mélanges complexes. Enfin, dans toutes les maladies où la thyroïdothérapie semble réussir, ses succès sont loin d'etre constants, et fréquemment on constate des échecs dont la cause reste inconnue.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1896

Un important travail de M. Gilles de la Tourette, sur *la syphilis héréditaire de la moelle*, fait l'objet d'un rapport que M. Fournier présente à l'Académie. Malgré un nombre considérable de travaux, l'histoire clinique et anatomo pathologique des myélopathies de la syphilis héréditaire est encore obscure. M. Gilles de la Tourette divise ces manifestations d'après leur moment d'apparition : pendant la vie intra-utérine, dans l'enfance, dans l'adolescence.

La syphilis médullaire intra-utérine tue les enfants, et s'ils ne viennent pas au monde mort-nés, ils ne tardent pas à succomber peu de temps après leur naissance. On constate, comme lésions, des foyers de méningo-myélite diffuse, ayant une certaine analogie avec les lésions d'hépatite interstitielle diffuse. Le tabès congénital spasmodique, ou maladie de Little, peut toutefois être sous la dépendance de l'hérédo-syphilis.

Au cours de l'enfance, les types morbides sont plus variés ; la moelle, les méninges, les vaisseaux, peuvent être frappés individuellement ; on constate quelquefois des gourmes péri vasculaires ou interstitielles Au point de vue clinique, on observe des paraplégies ordinaires, des paraplégies spasmodiques du type Charcot-Erb, et aussi la poliomyélite antérieure ; M. Raymond en a récemment rapporté un cas.

Dans l'adolescence et même l'âge mûr, l'hérédo-syphilis médullaire peut encore se montrer comme elle se montre sur d'autres organes et d'autres tissus. Le tabès, entre autres, est certainement dans un certain nombre de cas d'origine hérédo-syphilitique ; aussi, dans ces cas particuliers, ne trouve-t-on chez le malade aucune trace de syphilis acquise.

— M. Landouzy donne ensuite lecture d'un travail de M. de Brun, de Beyrouth, sur deux cas d'une maladie particulière qu'il nomme *myxodermie contracturante hémorragique*.

Cette affection débute brusquement par de la fièvre, du malaise, des vomissements, de la céphalalgie; bientôt apparaissent des phénomènes typhiques. La courbe thermique est caractérisée par trois périodes : pendant la première, la température après avoir atteint d'emblée 39° oscille pendant huit à dix jours entre 39° et 40°; pendant la seconde, apyrexie ; pendant la troisième, la température oscille de nouveau aux environs de 39°. Il y a une contracture généralisée de tout le système musculaire, surtout accusée au niveau des muscles masticateurs et des muscles de la nuque.

Le dernier subit une « transformation glutineuse » ; il perd sa résistance, son élasticité et prend la consistance de

la cire. Des hémorragies sous-catanées se produisent au début de la troisième ; ces ecchymoses sont douloureuses et entourées d'une large zone blanche. Pas de météorisme, pas de taches rosées, pas d'éruption.

La maladie dure trois à quatre semaines. Son principe infectieux est tout à fait inconnu. Son pronostic est grave. Le diagnostic est en général facile. La dénomination de myxodermie contracturante hémorragique rappelle les caractères essentiels de cette affection.

— On sait avec quel intérêt sont accueillies actuellement toutes les recherches sur *le traitement des tumeurs malignes par les injections de sérum*. M. ARLOING vient présenter à l'Académie les résultats obtenus par M. COURMONT, de Lyon, dans 19 cas. Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Les injections de sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome, pratiquées chez l'homme au voisinage des tumeurs malignes, sont incapables à elles seules d'amener la disparition de ces tumeurs ou même d'empêcher leur généralisation et l'issue fatale de l'affection.

« 2° Elles peuvent cependant être utiles en entraînant une diminution momentanée du volume des tumeurs, probablement par une régression de la zone inflammatoire périphérique. Cette action peut être l'origine d'une guérison en rendant opérable une tumeur inopérable avant les injections. Le plus souvent elle fera momentanément disparaître les symptômes de compression, douleurs, œdèmes. L'évolution générale de l'affection sera parfois enrayée pour quelques semaines.

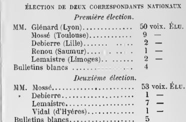
« 3° Le sérum d'âne ainsi préparé nous a paru contenir des substances toxiques qui n'existent pas à égale quantité dans le sérum d'âne normal. Ces substances s'accumulent dans l'organisme ou prédisposent celui-ci, de sorte qu'à un moment donné elles engendrent (au moins chez les cancéreux) des symptômes réactionnels (œdème, purpura, éruptions diverses, etc.) au niveau des piqûres ou même à distance. Ces symptômes apparaissent après la cinquième injection en moyenne et à un délai d'autant plus rapproché de la piqûre qu'on avance davantage dans le traitement ; ils disparaissent au bout de quelques heures ou quelques jours. Ils s'accompagnent fréquemment de symptômes généraux (élévation de température, anorexie, insomnie, etc.). Vers la cinquième injection, les malades refusent de continuer le traitement.

« 4° Nous avons obtenu avec le sérum d'âne normal la même diminution de volume des tumeurs, sans jamais observer des réactions comparables aux précédentes, au niveau des injections.

« 5° Nous pensons, en conséquence, qu'on peut tenter des injections sous-cutanées de sérum au voisinage des tumeurs inopérables lorsque celles-ci pourraient devenir opérables, après libération des parties avoisinantes ou lors qu'elles s'accompagnent de douleurs ou d'œdèmes dus à la compression.

« Le sérum d'âne normal sera employé de préférence au sérum d'âne préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome, et l'usage serait suspendu pour être repris au besoin, dès que les réactions locales présentent une intensité qui fatigue les malades. »

— Au cours de la séance, M. FRÉMONT, de Vichy, a communiqué plusieurs observations d'affections du tube digestif traitées par le suc gastrique. L'embarras gastrique l'entérite, le choléra nostras, l'intolérance gastrique, l'apepsie, l'hyperchlorhydrie, etc., ont pu être heureusement modifiés par cette *nouvelle application thérapeutique du suc gastrique*. M. ROGERT, de Pau, a présenté une observation *d'éclampsie puerpérale chez une primipare* enceinte de sept mois et demi. Enfin, M. HERVIEUX a lu un éloge de Jenner à l'occasion du centenaire de la découverte de la vaccine.



ÉLECTION DE DEUX CORRESPONDANTS NATIONAUX

Première élection.

MM. Glénard (Lyon)	50 voix.	ÉLU.
Mossé (Toulouse)	9	—
Debierre (Lille)	2	—
Renou (Saumur)	1	—
Lemaistre (Limoges)	2	—
Bulletins blancs	4	

Deuxième élection.

MM. Mossé	53 voix.	ÉLU.
Debierre	1	—
Lemaistre	7	—
Vidal (d'Hyères)	1	—
Bulletins blancs	5	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la thérapeutique de la lithiase vésiculaire reprend avec M. SCHWARTZ, qui fait une communication remplie d'érudition, à propos de six interventions qui lui sont personnelles.

Abordant tout d'abord le diagnostic, il prouve, en citant deux observations, qu'il est très difficile parfois de différencier une tumeur vésiculaire d'une tumeur rénale et même d'un rein mobile, la vésicule se fixant au rein et pouvant suivre ce dernier dans ses mouvements.

Témoin ce premier fait dans lequel la tuméfaction occupait tout l'hypochondre, allant du foie à la crete iliaque et donnant devant elle une sonorité très nette comme dans les tumeurs rénales. De plus, une ponction démontra la présence de l'urée et de l'acide urique et même le volume de la tumeur paraissait être en rapport avec la quantité d'urine émise. L'incision lombaire montra un rein sain, une tumeur du foie qui fut traitée dans une seconde intervention par la laparotomie. M. Schwartz eut toutes les peines du monde à libérer la poche, qui creva et laissa échapper un flot de pus ; malgré la préservation minutieuse et préalable du péritoine, la malade mourut. C'était à un empyème de la vésicule calculeuse que le chirurgien de Cochin avait eu affaire.

Dans un deuxième cas, le rein était mobile, M. Schwartz fit une néphrorrhaphie et dans la même séance laparotomisa sa malade, il trouva une vésicule remplie de liquide roussâtre avec six calculs ; il fit la cholécystectomie, mais quarante-huit heures après sa malade succomba dans une syncope. L'autopsie démontra l'absence d'infection péritonéale, mais des lésions de l'estomac et du cœur.

M. Schwartz étudie ensuite les rapports pathogéniques du rein mobile et de la cholélithiase, le rein flottant entraînant la rétention de la bile, et cite des auteurs anglais et allemands qui ont remarqué ces faits et pratiqué dans la même séance la néphrorrhaphie et la cholécystectomie.

On a même pratiqué la cholecystectomie et la néphrorrhaphie intra-péritonéale par laparotomie.

Il faut donc avoir présent à la mémoire la coïncidence d'une ectopie rénale et d'une litiase vésiculaire.

Trois cholécystectomies ont donné à M. Schwartz trois succès, et une cholécystostomie a été aussi suivie de guérison. L'orateur analyse ensuite ses différentes observations

et insiste sur la double ligature du pédicule vésiculaire sectionné à l'aide du thermo-cautère.

L'appendice unguiforme de Riedel, qui n'est autre qu'un prolongement du lobe droit du foie qui vient recouvrir la vésicule biliaire, donne quelquefois une certaine difficulté à l'extirpation; c'est ce que M. Schwartz a pu constater dans un cas.

Dans ses trois cholécystectomies, le chirurgien de Cochin a fait le drainage et n'a eu qu'à s'en louer; la guérison a été rapide.

La cholécystectomie a été pratiquée par M. Schwartz pour un empyème de la vésicule ayant déterminé un phlegmon de la paroi; le succès a été complet.

En résumé, M. Schwartz penche pour la cholécystectomie et la trouve facile. Dans le mémoire de Kair, on trouve vingt-trois cholécystectomies avec une seule mort, ce qui est une fort belle statistique.

M. Schwartz rejette la cholécystectomie idéale et la cholécystostomie avec suture de la poche à la paroi, quand il y a infection de la vesicule. Il est de l'avis de MM. Michaux et Broca pour les raisons qu'ils ont indiquées.

La cholécysiostomie reste donc pour les cas d'infection ou dans les cas présumés de calculs dans le canal cholédoque.

M. Gérard Marchant prend ensuite la parole et apporte 3 cas de lithiase vésiculaire dans lesquels il a fait l'extirpation de la vésicule.

La première observation a trait à une malade jeune, souffrant de l'hypocondre, et ayant des digestions pénibles, mais jamais elle n'avait présenté ni ictere ni colique hépatique, fait qui s'est reproduit dans les deux autres cas de M. Marchant.

Le diagnostic était hésitant et la laparotomie montra une vésicule contenant un calcul. Ce décollement du réservoir biliaire fut facile, et cette malade guérit très rapidement.

La deuxième observation reproduit en quelque sorte la premiere ; des calculs furent aussi trouvés dans une vésicule à parois épaisses. La cholécystectomie idéale fut pratiquée, et le succes encore des plus complets.

Chez la troisieme malade, le diagnostic de calculs biliaires fut fait avec complication d'épithélioma du foie. M. Marchant dut réséquer une partie du foie, et la malade mourut au bout de trois mois, ce qui n'est pas étonnant, étant donné le cancer de l'organe.

M. Gérard Marchant étudie ensuite le diagnostic et insiste sur la fausse réductibilité de la tumeur vésiculaire qui n'échappe jamais completement au doigt, tandis que le rein mobile fuit sous le doigt et disparait.

Il faut de plus rayer les coliques hépatiques du diagnostic, car le plus souvent ces coliques n'ont pas existé.

La cholécystostomie chez ces malades n'était pas à faire à cause de la facilité de la cholécystectomie et au contraire de la difficulté de la suture de la poche à la paroi.

M. Marchant n'a pas drainé et a réduit le pédicule; mais il y était autorisé à cause de la solidité de ce dernier. Il faut, nous dit-il, décoller la vésicule dans le tissu fibreux, tissu fibreux qui laisse un lit vésiculaire, lit vésiculaire que M. Marchant a fermé avec une suture.

— *Le traitement de l'anus contre nature et des fistules antéro-vaginales* fait ensuite l'objet d'une communication de M. Chaput.

C'est d'abord une fistule stercorale traitée par les attouchements à l'acide nitrique et guérie par ce procédé quand elle avait résisté au traitement par l'instrument tranchant, l'armement, etc.

M. Chaput étudie ensuite les différents procédés qui ont été employés pour guérir les fistules antéro-vaginales, procédés de Casamayor, de Verneuil, etc. Ces différentes méthodes sont exposées au tableau par M. Chaput, et ont toutes pour but de commencer par établir une communication entre l'anse grele fistuleuse et le rectum, et de terminer par une anaplastie vaginale.

L'intervention par l'abdomen est ensuite passée en revue dans ses différents procédés par M. Chaput. Ce sont la résection, la séquestration, que l'orateur expose encore au tableau avec dessins à l'appui.

Enfin, l'entéro-anastomose entre les deux jambages de l'anse fistuleuse est, pour M. Chaput, la méthode recommandable ; c'est elle qu'il a employée dans une observation qu'il retrace.

Il s'agissait d'une hernie étranglée suivie d'anus contre nature; moins de deux mois apres, M. Chaput pratiquait avec succès l'entéro-anastomose à l'aide de sutures et ferma la communication avec l'extérieur à l'aide d'une ligature avec une lanière de gaze iodoformée.

Nous ne pouvons, à cause de la difficulté d'exposition de toute cette technique opératoire, ne donner qu'un très faible aperçu de la communication de M. Chaput, qui devra, à cause de son importance, être lue de tous dans les comptes rendus *in extenso*.

— La séance se termine par plusieurs présentations de malades.

M. Broca présente un malade auquel il a extirpé un sarcome cérébral. Le diagnostic de l'existence était rendu évident par la céphalalgie temporale gauche et la névrite optique bilatérale; quant au diagnostic du siege dans le lobe temporal gauche, il fut établi par M. Brissaud, grâce à l'analyse minutieuse d'une aphasie de conductibilité. L'opération fut pratiquée en deux temps, selon la méthode de Horsley, les 31 mars et 1er avril. La dure-mère ne fut ouverte qu'à la seconde séance, et il fallut inciser l'écorce pour trouver la tumeur à 1 centimètre de profondeur. Cette tumeur était encapsulée et put être extraite : elle pese 130 grammes et est constituée par du sarcome globocellulaire. La guérison se fit par première intention.

M. Delorme présente un malade atteint de varices lymphatiques produites par la filaire.

M. Lejars présente le jeune malade atteint d'infection septique, qu'il a guéri en lui injectant dans les veines 26 litres de sérum.

M. Rochard présente un homme atteint de fracture vicieusement consolidée, qu'il a guéri par l'ostéotomie.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1896

M. Brissaud vient défendre l'opinion que M. Meige et lui ont exprimée sur les *rapports de l'acromégalie et du gigantisme*, opinion que M. Marie a attaquée dans la dernière séance, à l'occasion de sa communication sur deux types de déformation des mains dans l'acromégalie. M. Brissaud pense que, pour classer une affection, l'on ne doit pas considérer l'âge du sujet sur lequel elle évolue, la méningite tuberculeuse de l'adulte et la méningite tuberculeuse de l'enfant sont une même maladie. Or, dans l'acromégalie et le gigantisme, il s'agit d'une exagération du processus normal de formation osseuse. Si le sujet est jeune, si, par conséquent, ses cartilages ne sont pas encroûtés de sels calcaires, il deviendra un géant. Si, au contraire, l'exces de développement survient chez un adulte, l'accroisement se fera en largeur, dans le *sens*

cubique, suivant l'expression de M. Marie. Peu d'acromégaliques sont des géants, parce que l'affection a débuté chez eux tardivement. D'autre part, peu de géants sont acromégaliques, parce que chez eux l'exagération du processus d'ossification a cessé lorsque les cartilages ont été soudés.

M. Brissaud maintient donc l'opinion qu'il a antérieurement formulée, et il pense que cette opinion sera confirmée par les observations futures dans lesquelles l'âge du sujet, au début de l'affection, sera notée avec plus de soin.

— M. Apert, interne des hôpitaux, vient ensuite présenter une intéressante étude sur *la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1895.*

Le service de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, fait en 1895 par M. Grancher (mois d'été) et M. Marfan (mois d'hiver), a reçu, dans le courant de l'année, 239 scarlatineux; 14 sont morts.

La mortalité brute du service a donc été de 5,85 %, chiffre notablement inférieur à celui des années précédentes. Elle est constituée, pour moitié, par des décès d'enfants apportés mourants ou très gravement atteints, et qui sont morts peu de temps après l'entrée; 7 décès ont eu lieu dans ces conditions.

Les 7 autres sont dus aux causes suivantes : broncho-pneumonies, 3; angine secondaire à streptocoques, 1; tuberculose, 1; gastro-entérite chez des nourrissons, 2.

Les complications les plus souvent notées ont été les suivantes : angines blanches du début (32 %), angines secondaires (7 %); toutes étaient des angines à streptocoques; adénites suppurées du cou (3 %), otites (20 %), albuminuries (20 %), dont 6 % de néphrites graves, broncho-pneumonies (5 %), pleurésies purulentes (1 %), complications articulaires (4 %), complications cardiaques, un seul cas.

Au point de vue de l'âge, la période de trois à neuf ans est celle où la scarlatine est surtout fréquente. La mortalité est d'autant plus forte que les enfants sont plus jeunes; elle a été nulle au-dessus de neuf ans; pour les deux premières années, elle atteint, au contraire, 18 %, et 50 % pour la première année.

La maladie a eu sa plus grande fréquence au printemps et en été; les complications ont été surtout fréquentes en automne; la mortalité a été le plus élevée en hiver (janvier, 22 %), et presque nulle en été, et, en automne (un seul décès, de juin à fin novembre); 32 enfants considérés comme suspects de diphtérie, à cause de leur angine blanche, ont reçu chacun, à l'entrée, 20 centimètres cubes de sérum de Roux. 28 % d'entre eux ont fait des éruptions de sérum, ordinairement quatorze jours après l'injection, éruptions morbilliformes et parfois accompagnées d'arthralgies, mais elles n'ont jamais été suivies de phénomènes graves et ont toujours disparu en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Leur fréquence concorde bien avec la remarque de M. Sevestre, qui a noté que les éruptions de sérum se voient surtout avec les angines à streptocoques, en particulier, les éruptions morbilliformes qui surviennent à la fin de la seconde semaine.

Deux essais de traitement de scarlatines graves par le sérum de Marmorek n'ont pas été encourageants.

Le traitement ordinaire s'est borné au régime lacté intégral, à l'acétate d'ammoniaque pendant la période d'éruption (1 à 2 grammes par jour), aux irrigations buccales d'eau bouillante aromatisée, et à l'injection d'huile mentholée dans les fosses nasales, pour assurer l'asepsie de ces cavités.

Malgré ces précautions, si la mortalité a été relativement faible, la morbidité du service a été élevée; 43 pour 100 des enfants ont été atteints de complications secondaires survenues dans le service (angines secondaires, otites, ganglions suppurés, albuminuries, broncho-pneumonies, etc.). Cette morbidité tient à la défectuosité des locaux.

Les scarlatineux, comme, du reste, les rougeoleux, sont logés dans des greniers trop petits, trop sombres et trop vieux, sans chambres d'isolement pour les cas compliqués.

La construction de nouveaux services a été reconnue nécessaire et décidée, en principe, depuis longtemps; des fonds ont été alloués dans ce but à l'Assistance publique sur les bénéfices du pari mutuel; il est à souhaiter que l'on ne tarde pas à commencer les premiers travaux.

M. Marfan insiste particulièrement sur le chiffre très faible de la mortalité indiqué par M. Apert, et fait ressortir l'utilité de cette étude statistique au moment où l'on projette d'employer des injections de sérum antistreptococcique dans la scarlatine. On pourra facilement comparer les résultats obtenus.

La mortalité de 5,85 %, observée par M. Apert, est très faible. Mais ce chiffre est cependant plus fort que celui de la mortalité par scarlatine chez les adultes; sur 450 cas de scarlatine que M. Le Gendre a soignés l'année dernière, à Aubervilliers, la mortalité n'a pas atteint 3 %.

Quant à la fréquence des complications du côté de l'oreille, M. Le Gendre fait ressortir l'utilité et le rôle préventif des lavages et des irrigations antiseptiques de la cavité pharyngée; ces lavages et ces irrigations diminuent considérablement le nombre des otites; mais il est de toute nécessité qu'ils soient faits soigneusement et par une personne exercée; car, pratiqués maladroitement ils peuvent, au contraire, être nuisibles.

M. Rendu fait à la statistique de M. Apert le reproche que l'on peut faire à toutes les statistiques de ce genre; les épidémies de scarlatine sont les unes malignes, les autres bénignes, en un mot très variables. La mortalité n'a donc pas un chiffre fixe. Le génie épidémique commande même la fréquence des complications.

On a parlé du traitement par l'injection de sérum antistreptococcique. M. Comby rappelle à ce sujet les résultats obtenus par M. Marmorek, à l'hôpital Trousseau, dans le dernier semestre de 1895. Le sérum fut injecté à 96 scarlatineux; la mortalité fut de plus de 8 %. Le sérum ne semble donc pas efficace contre la scarlatine. Il faut ajouter qu'il n'a aucune action préventive contre les complications qui sont produites par le streptocoque.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours de l'adjuvat. — *Ouverture.* Candidats et ordre de lecture :

MM. Brin, Le Fur, Vanverts, Gesland, Cunéo, Ombredanne, Lenoir, Lardenois, Gosset, Pouquet.

Composition écrite : Les veines caves, anatomie et physiologie.

Distribution des prix de la Société de Chirurgie de Paris pour l'année 1895. — Prix Duval. — Le prix est décerné à M. le Dr Donnadieu (de Bordeaux), pour sa thèse intitulée : *De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical.*

Prix Ricord. — Le prix est décerné à MM. les Drs Péraire (de Paris) et Huguet (médecin militaire), pour leur mé-

moire intitulé : *De la conduite du chirurgien dans les cas de plaie pénétrante de poitrine par arme blanche.*

PRIX GERDY. — Le prix est décerné à M. le Dr Mauclair (de Paris), pour son travail sur le *traitement chirurgical des sténoses du pylore.*

PRIX DEMARQUAY. — Le prix est décerné à M. le Dr Sieur (médecin miliaire), pour son travail sur l'*intervention dans le cancer du rectum par la voie sacrée.*

Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Lyot et Arrar.

Distinctions honorifiques. — Les médailles suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement à l'occasion des maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. Hermary et J. Ferron, internes à l'hôpital Trousseau; S. Grosjean, interne à l'hôpital maritime de Berck.

Médaille de bronze.— M. E. Bigot, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ont contracté des affections contagieuses dans l'exercice de leurs fonctions.

Un concours pour la nomination de cinq internes en médecine s'ouvrira à l'hôpital-hospice de Versailles, le 10 juin 1896. Par autorisation de M. le recteur de l'Académie de Paris, les élèves de troisième et quatrième années d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions sera clos le vendredi 5 juin. — Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. Burgard, directeur de l'hôpital de Versailles.

Association de la Presse médicale française. — *Réunion du 1er mai 1896.* — Le 1er mai a eu lieu le trente-deuxième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le professeur Cornil. Vingt-cinq personnes y assistaient.

M. le Dr Sorel (du Havre), représentant *La Normandie médicale* (de Rouen), et M. le Dr Thouvenaint (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures : Drs Déléage (*Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*), De Lavarenne (*Presse médicale*), Lévy (*Revue de Polytechnique*), MM. Chervin, Bardet et Olivier.

Le président a reçu de Russie une lettre de remerciement du secrétaire du Comité central du Congrès international de Moscou (1897).

Le *Comité national français d'Initiative et de Propagande* a été définitivement constitué; il fonctionnera à partir du 15 mai prochain. La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire.

— *Comité national français d'Initiative et de Propagande du Congrès international de Médecine de Moscou* (7/19-14/26 août 1897). — A la réunion du 1er mai dernier de l'Association de la Presse médicale, il a été décidé ce qui suit :

I. — Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de : *Comité national français d'Initiative et de Propagande du Congrès international de Médecine de Moscou en 1897.*

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Moscou.

II. — Sont nommés membres de ce Comité : 1° MM. les doyens de toutes les Facultés de médecine de France; 2° M. le président de l'Académie de médecine ; 3° tous les membres de l'Association de la Presse médicale, présents à la réunion du 1er mai : MM. Blondel, Bardet, Bérillon, Bilhaut, Butte, Cézilly, Chervin, Chevallereau, Cornil, Delafosse, de Ranse, Doléris, Fournier, Gilles de la Tourette, Gourrichon, Gouguenheim, Gautier, Guelliot, Janicot, Leblond, Lutaud, Olivier, Natier, Valude, Baudouin (Marcel).

III. — Le Bureau du Comité, composé de M. le professeur Cornil, président ; de MM. de Ranse et Cézilly, syndics ; Marcel Baudouin, secrétaire, est chargé d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer et les Sociétés de voyages pour le transport des congressistes, etc.

IV. — Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité, et toutes demandes de renseignements, doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, à l'Institut de Bibliographie scientifique, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les médecins étrangers. — Les internes français en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique à Paris ont signé, à la presque unanimité, par 218 adhérents contre 11 opposants, la motion suivante :

« I. — Tout étranger pourra prendre ses inscriptions dans une Faculté de médecine. Mais le diplôme de docteur ne lui sera accordé qu'à titre étranger, sans lui conférer aucun droit à l'exercice en France.

« II. — Nul étranger ne pourra exercer la médecine en France, s'il n'est naturalisé, s'il n'a fait son service militaire, s'il n'est bachelier. »

Cette pétition a pour but de demander dans nos Facultés, la séparation de l'étude de la médecine, étude qui doit rester largement ouverte aux étrangers, de l'exercice professionnel, pour lequel une réglementation sévère s'impose. (*Presse médicale.*)

Un étudiant aliéné ou Jack l'Éventreur. — Un aliéniste anglais bien connu, M. le Dr Forbes Winslow, a fourni au Congrès de médecine légale, tenu à New-York il y a quelque temps des renseignements circonstanciés sur le fameux Jack l'Eventreur. Le docteur affirme que la personnalité de l'assassin est parfaitement connue. Ce serait un jeune étudiant en médecine, actuellement interné dans un asile d'aliénés, et que l'on n'a pas cru devoir poursuivre, précisément parce qu'au moment où il a été découvert, il présentait des signes non équivoques d'aliénation incurable. (*Progrès médical.*)

Le Gerant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE DE L'OBÉSITÉ

Par H. RICHARDIÈRE.

L'obésité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de 2 à 1 (Bouchard).

La prédisposition des femmes à l'obésité s'explique par leur vie, généralement sédentaire, et par l'action des grossesses et de la ménopause.

L'obésité est plus fréquente dans les pays du Nord que dans les climats tempérés, et surtout que dans les pays chauds. La plupart des individus chez lesquels l'adipose a pris des proportions monstrueuses ont été observés dans les pays du Nord.

Dans quelques peuplades (Lapons, Esquimaux), la fréquence de l'obésité est due à l'absorption des aliments gras, pris en grande abondance sous forme de graisses ou d'builes de poisson. En dehors de ces conditions spéciales, l'obésité des gens du Nord a pour cause l'abondance de l'alimentation, l'abus des boissons alcooliques et la sédentarité, qui oblige les habitants à vivre confinés pendant de longs mois dans des locaux surchauffés et mal aérés.

Les habitants des pays chauds, qui ont une alimentation peu abondante et vivent presque constamment au grand air, engraissent rarement.

Les conditions d'alimentation et la sédentarité expliquent l'inégale répartition des obèses dans les différentes agglomérations humaines. La question de race est négligeable, car les hommes du Midi prennent facilement de l'embonpoint quand ils séjournent dans les pays du Nord et sont soumis à la double influence du confinement et de l'alimentation copieuse.

L'alimentation joue un rôle très important dans l'engraissement.

Sur ce point, l'accord est unanime; mais il y a divergence d'opinion sur la nature des aliments qui favorisent la formation et l'accumulation de la graisse.

L'action des aliments riches en graisse est évidente. Dans la nutrition normale, les graisses introduites dans le tube digestif y subissent une élaboration qui les transforme en glycérine et en acides gras unis aux bases alcalines, et les rend oxydables. La plus grande partie des graisses est brûlée dans l'organisme. Celles qui échappent à la combustion immédiate s'accumulent en nature dans le tissu conjonctif pour constituer une sorte de réserve, utilisable au fur et à mesure des besoins de la nutrition. Si l'alimentation est normale, l'équilibre se maintient entre l'apport de la graisse et sa combustion; si la quantité des graisses est exagérée ou si leur oxydation est insuffisante, elles cessent d'être

FEUILLETON

La Voyante et les Médecins.

Vous me rendrez, cher confrère — et par conséquent cher ami — qui me lisez, la justice que je ne me suis pas trop pressé de vous parler du cas de Mlle Couédon. Aujourd'hui que le bruit fait autour d'elle, l'émotion, justifiable ou non mais réelle, soulevée par ses séances, semble s'apaiser, il m'est permis de prendre là le sujet de ma causerie de quinzaine et de deviser là-dessus, à la bonne franquette, sans fausse honte et sans pédanterie.

Les médecins ont une étrange destinée. Personne ne peut se passer de leur avis; on semble y attacher, avant qu'ils l'aient exprimé, une importance capitale; on leur demande, avec prières, de le formuler; on exige, au besoin, qu'ils le fassent; on les met en demeure de se prononcer; puis, quand ils ont exaucé les supplications dont on les a accablés et qu'ils ont dit leur opinion en toute franchise et sincérité, c'est un *tolle* qui s'élève contre eux; tous ceux qui ont, pour ne point accepter leur sentence, quelques-unes de ces raisons qui n'en sont pas, vitupèrent, fulminent, crient à la contradiction avec autant de logique qu'un bachelier qui, ayant émaillé une version de contresens, se plaindrait qu'on lui ait donné à traduire un texte incohérent.

Chacun de nous ferait un gros volume avec les souvenirs de sa pratique professionnelle, qui pourraient servir de preuve à ce que je viens de dire. Je veux me borner à un seul exemple, tiré de l'histoire même de la Voyante, et qui, à ce titre, ne manque pas de piquant. Il s'agit d'un père de famille dont l'enfant est très malade, et qui, en désespoir de cause, va s'adresser à Mlle Couédon « convaincu que le Dieu tout puissant peut se manifester dans ses créatures les plus semblables ». Or, dans la longue lettre qu'il a écrite en témoignage de la réalité de la mission angélique de cette jeune fille, le père dont je parle « professeur très distingué », dit-on, écrit ces deux lignes absolument caractéristiques : « Le 4 mars, notre médecin (suivent en toutes lettres, le nom et l'adresse) prescrivait une potion calmante *qui ne fut pas administrée* ».

utilisées en totalité et s'accumulent dans le tissu cellulaire pour produire l'obésité.

Les aliments quaternaires (albuminoïdes) peuvent contribuer aussi à l'obésité. On voit en effet beaucoup d'individus, gros mangeurs de viande, qui n'abusent pas ou même n'usent pas des graisses, prendre un embonpoint excessif. Chez ces individus, la graisse se forme aux dépens des albuminoïdes. La physiologie de la nutrition montre, d'ailleurs, que les albuminoïdes peuvent se transformer en éléments quartenaires (urée, etc.) et en éléments ternaires, identiques aux graisses et aux hydrocarbonés. Quand l'oxydation des éléments ternaires, produits par le dédoublement des albuminoïdes, est insuffisante, l'engraissement se fait dans les mêmes conditions qu'aux dépens des graisses seules.

Une expérience, citée partout, de Pettenkofer et Voit, est la démonstration de la métamorphose des aliments albuminoïdes en graisses. Pettenkofer et Voit ont nourri des chiens exclusivement avec de la viande débarrassée de toute graisse, et les chiens engraissaient quand la ration de viande était supérieure à la ration d'entretien. Par l'analyse des urines des animaux en expérience, les expérimentateurs ont établi que l'azote passait en totalité dans les urines et qu'une partie du carbone échappait à l'analyse. Le carbone s'était par conséquent fixé dans l'organisme pour contribuer à la formation de la graisse.

Les aliments hydrocarbonés (fécules et sucre) peuvent former de la graisse. Les volailles, engraissées artificiellement par le gavage, mangent des pâtées alimentaires composées uniquement de fécules.

La formation des graisses aux dépens des aliments hydrocarbonés a pour cause la transformation directe des hydrocarbonés, dont une partie est brûlée dans l'organisme et dont l'autre partie se transforme en graisse (Liebig, Boussingault et Dumas).

Selon Beaunis, le problème est plus complexe. Cet auteur admet que les hydrocarbonés ne se changent pas en graisse dans l'économie. Ils constituent seulement des aliments d'épargne, plus oxydables que les graisses, se brûlant à leur place et permettant ainsi leur accumulation. De plus, les aliments dits féculents renferment toujours, dans l'enveloppe des graines, une albuminoïde végétale qui peut contribuer à l'engraissement.

En résumé, tous les aliments, quelle que soit leur composition, peuvent contribuer à produire l'engraissement.

Quel est le rôle des boissons ? Il est généralement admis que l'eau, prise en grande quantité, facilite l'engraissement. Le traitement de l'obésité, institué par Dancel, a pour base la diminution excessive des boissons. Ce traitement a été souvent suivi de succès (C. Paul). Récemment cependant, Debove a soutenu, devant la Société médicale des hôpitaux, que l'eau ne jouait aucun rôle dans la nutrition et par conséquent dans l'engraissement. Des individus soumis par lui à un régime fixe pendant plusieurs mois, ont eu un poids invariable, qu'elle qu'ait été la quantité d'eau ingérée.

Le rôle joué par l'eau est peut-être discutable, mais il n'en est pas de même du rôle des boissons alcooliques, car un grand nombre d'alcooliques deviennent obèses. L'alcool agit comme aliment d'épargne et produit l'obésité en diminuant les oxydations.

Le genre de vie est souvent une cause d'obésité.

Le défaut d'exercice musculaire empêche l'oxy-

Les gens de bonne foi evoueront, je l'espère, que si l'enfant a continué à tousser cette nuit-là, ce n'était point la feute du D[r] X...; mais il s'en trouvera qui, sans cesser d'être de bonne foi, croiront très certainement que la volonté de Dieu a été que cette potion ne fût pas administrée, pour qu'une preuve de plus en fût tirée de la vérité de l intervention angélique.

Les extases et les prophéties de la Voyante n'ont pas été plus tôt connues, que vingt reporters se sont précipités chez autant de médecins pour recueillir leur opinion et la publier. J'aime à croire que ceux de nos confrères qui se sont laissé aller à des confidences, ne se sont point fait illusion sur ce qui allait arriver. La partie du public dont leurs conclusions flattaient les idées, s'en est réjoui *in petto*, a éprouvé quelque vague fierté de sa conformité de sentiments avec eux, s'est avoué que des « hommes intelligents » ne pouvaient pas penser autrement que lui-même, mais n'a pas éprouvé le besoin d aller le crier sur les toits. L'autre partie, en revanche, s'est rebiffée, a refusé d'accepter le jugement qu'elle avait demandé, et (procédé de discussion trop commode pour ne pas être courant) opposant les uns les autres des avis analogues dont la forme verbale, seule diffère, a clamé : « Voyez-vous ces contradictions ! ces *médicastres* sont toujours les mêmes; c'est toujours bien ceux de Molière; jamais deux d'entre-eux ne peuvent penser la même chose sur le même sujet; quelle créance attacher à leurs dires! »

En nous accusant ainsi de contradiction, on oublie d'abord que nous n'en avons pas le monopole. S'il est vrai que nous différons d'avis parfois, voire souvent, entre nous du moins, notre profession ne vit-elle point de ces contradictions, lesquelles ne sont pas son essence. Que dire alors des avocats qui ne sont institués que pour prouver, les uns contre les autres, que le blanc est noir et réciproquement? Que dire des politiciens? Que dire des militaires? Et n'est-ce pas pour ces derniers qu'a été inventé le fameux dicton : « *Tot capita, tot sensus* » qu'un officier peu lettré, je l'avoue, traduisait ainsi : « Autant de capitaines, autant de sens (1) ».

(1) Il employait ce mot dans son acceptation de « direction vers », comme on dit : aller dans tel ou tel sens. Le même humaniste, dans une de ces discussions de table, dont le souvenir exhilarant ne s'ef-

dation des graisses alimentaires et laisse les métamorphoses nutritives incomplètes. Aussi les professions sédentaires payent-elles un plus large tribut à l'obésité que les professions qui exigent des efforts musculaires et un certain déploiement de forces physiques. Les habitants des villes sont plus souvent obèses que les travailleurs des champs.

La sédentarité et l'absence de fatigue musculaire expliquent l'engraissement que subissent parfois les malades immobilisés à la chambre par une maladie de longue durée.

Chez les femmes, l'engraissement est fréquemment en rapport avec certaines phases de la vie génitale. Quelques femmes engraissent immédiatement après le mariage. D'autres deviennent obèses après la première grossesse ou après une série de grossesses. Souvent l'engraissement marque chez les femmes la fin de la période active de la vie génitale, et celles qui engraissent d'une façon notable deviennent fréquemment stériles. L'obésité apparaît souvent à la ménopause.

Dans le sexe masculin, l'activité des fonctions génitales empêche plutôt l'obésité.

L'obésité se développe quelquefois après une cause accidentelle. C'est ainsi qu'elle apparaît à la suite d'un changement de profession ou de situation sociale. Le passage de la vie active à la vie sédentaire, d'une alimentation restreinte à une alimentation plantureuse, a la même influence.

L'obésité peut se développer après une maladie aiguë fébrile, telle que la pneumonie et surtout la fièvre typhoïde.

Lorsque la tuberculose pulmonaire guérit ou paraît s'arrêter d'une manière définitive, l'obésité coïncide souvent avec la fin des accidents.

De nombreuses causes occasionnelles peuvent être invoquées pour expliquer le développement de l'obésité, mais la pathogénie de ce trouble de la nutrition se résume, le plus souvent, dans le défaut d'oxydation des graisses. Les graisses non oxydées peuvent être ingérées en nature ou provenir de variations dans les métamorphoses nutritives des aliments azotés et hydrocarbonés. Le défaut d'oxydation est favorisé par le manque d'exercice musculaire.

L'obésité est essentiellement un trouble de la nutrition, et rentre dans le cadre des maladies de la nutrition. C'est une des maladies par ralentissement de la nutrition Bouchard).

Le ralentissement de la nutrition, qui est l'origine même de l'obésité, peut être héréditaire.

D'autres fois, ce n'est pas l'obésité elle-même qui est héréditaire, c'est un des troubles de la nutrition (lithiase biliaire, diabète, goutte, eczéma, etc.), dont Bouchard a démontré les rapports directs avec l'obésité.

Congrès de Médecine interne de Wiesbaden

SUITE ET FIN (1).

M. GEBHARDT a entretenu le Congrès des **affections rhumatoïdes**. Il est revenu sur l'étude des rhumatismes infectieux, bien connus en France depuis les travaux de Bouchard, Bourcy, etc. Pour lui, il est certaine que les arthropathies peuvent intéresser le cœur (au moins celles de la blennorrhagie et de la scarlatine), et, de plus, qu'elles subissent l'influence des antipyrétiques, de l'acide salicylique. Ce dernier, d'autre part, peut échouer ou avoir une action incomplète dans le rhumatisme articulaire aigu vrai.

(1) Voir l'*Union Médicale* des 9 et 16 mai 1896.

Voyons, au surplus, ce que sont ces fameuses contradictions. Et, d'abord, comment un grand nombre de consultations sur un même sujet peuvent-elles toutes se contredire? Chaque chose n'a qu'un contraire. Si je dis d'un corps qu'il est chaud et si vous prétendez qu'il est froid, nous nous contredisons. Mais si quelqu'un affirme qu'il est tiede, ou brûlant, ou glacé, il ne contredit qu'un de nous deux. S'il dit qu'il est rouge ou bleu, il énonce une nouvelle qualité de ce corps, mais il ne contredit ni vous ni moi. En un mot, il ne peut jamais y avoir que deux propositions qui soient opposées l'une à l'autre. Toutes les autres qu'on peut faire sur un sujet une fois donné, se rapprocheront de l'une des deux premières, soit pour les modifier par des nuances, soit pour les compléter; en aucun cas, elles ne les détruiront.

Des médecins disent de Mlle Couédon : « C'est une hallucinée. — C'est une névropathe. — C'est une mystique. — C'est une dédoublée. — C'est une monomane religieuse. — C'est une somnambule. » — Et on conclut : « Voici six affirmations qui se contredisent. » En quoi, je vous prie? Qu'il y ait des différences dans la formule du diagnostic, on ne saurait en être surpris, étant donné les conditions spéciales, extra scientifiques, antiscientifiques même, dans lesquelles les divers examens ont été faits (et ils ne pouvaient être faits autrement); mais ce qui ressort avec une évidence éclatante de l'énoncé pur et simple de ces formules variées, c'est que l'opinion des médecins qui les ont données est unanime. Ce n'est certes pas là un exemple bien choisi pour prouver notre désaccord clinique, car, dans l'espece, tout cela veut dire : c'est une malade du cerveau. Or, la question étant avant tout de savoir si Mlle Couédon est ou non saine d'esprit, tous les hommes qui la déclarent non normale au point de vue du systeme nerveux, se rangent dans le même camp et, loin de se contredire, expriment des avis analogues, sinon identiques.

Je n'ai pas l'illusion de croire que les partisans d'une possession de la Voyante par un esprit extra-terrestre seront convaincus par ce très simple raisonnement. Encore moins puis-je attendre que quelque futur académicien, in-

face jamais, réfuta victorieusement les arguments de son adversaire en ces termes : « Je ne nie pas que l'homme soit un peu carnivore, mais il est surtout *carnipain*. » (Authentique.)

Suivant la maladie causale, telles articulations sont plus souvent frappées que telles autres : dans les dysenteries, ce sont surtout les genoux et les pieds; dans la fièvre typhoïde, la hanche; dans la blennorrhagie, le genou. Dans la scarlatine, l'arthrite se produit de bonne heure; elle frappe 1,8 °/₀ des malades et se localise souvent à la main; le cœur serait atteint dans 1,30 °/₀ des cas.

— Il existe une **colique hépatique nerveuse** que M. Pariser a essayé de distinguer de la vraie colique hépatique. Cela est d'autant plus difficile que les symptômes sont les mêmes dans les deux cas. Les vomissements, l'ictère, peuvent se montrer. Sur sept cas réunis par M. Pariser, il y avait quatre hommes. Très souvent, chez la femme, les crises sont en rapport avec la menstruation; souvent aussi d'autres névroses sont associées à la colique nerveuse. Les affections utérines, surtout les déplacements de l'organe, les viscéroptoses, l'insuffisance motrice de l'estomac rentrent parmi les causes de la maladie, qui tient, en réalité, à une disposition neurasthénique ou hystérique.

— M. Schott a étudié les **affections goutteuses du cœur**. Il a vu que la goutte pouvait être la seule et unique cause de sénoses de l'aorte, de myocardites, d'angines de poitrine. D'autre part, les affections goutteuses de l'estomac, du rein, de l'encéphale, de la moelle, peuvent retentir secondairement sur l'organe central de la circulation. Enfin, il peut y avoir, pour expliquer la cardiopathie, combinaison de la goutte avec l'intoxication saturnine, le diabète, l'anémie, etc.

— Pour Von Noorden, nous ne possédons aucun moyen de combattre efficacement la **diathèse urique**, et le régime parvient à peine à diminuer la quantité de cet acide. L'urécidine, la pipérazine, sont des médicaments peu efficaces; le traitement alcalin provoque la formation de phosphates mono et disodiques qui peuvent être nuisibles. Von Noorden conseille l'emploi des sels calcaires sous forme de sels végétaux et de carbonate de chaux; il y a ainsi, par des processus chimiques assez complexes, diminution des deux phosphates nuisibles. On a donné jusqu'à 15 grammes par jour de carbonate de chaux.

M. Rosenfeld vante l'urée dans le traitement de la diathèse urique. On peut en prendre pendant des mois, de 5 à 20 grammes par jour, et il ne faut pas en suspendre l'administration temporairement. Dans le régime des goutteux, l'aleuronate est très utile.

— Quelles sont les indications de la **néphrectomie**?

En dehors des tumeurs malignes, M. Kuster ne la regarde comme indiquée que dans la tuberculose unilatérale des reins. La néphrotomie donne une mortalité moins grande que la néphrectomie. Dans les suppurations du rein, il ne faut recourir à la première que lorsque le rein malade est entièrement détruit, l'autre rein étant regardé comme sain. Dans l'hydronéphrose, la pyonéphrose, la néphrotomie est seule indiquée; cependant, sur 21 cas, M. Kuster a dû faire une fois une néphrectomie secondaire. La néphrotomie avec tamponnement et suture suffit dans les hémorragies rénales incoercibles causées par des plaies du rein. Elle suffit le plus souvent aussi dans la lithiase rénale, sauf le cas de gros calculs remplissant le rein.

— M. Lenhartz a fait 230 fois la **ponction du canal rachidien**, entre la deuxième et la quatrieme vertèbre lombaires. Sur 19 cas de méningite

---

digné d'injustes attaques, et n'écoutant que son cœur, ouvre en notre faveur, à la première page d'un grand journal, le robinet de sa prose jusqu'à en emplir trois colonnes. Il est vrai que nous nous défendons bien tout seuls, et que *l'antimédicisme* est une doctrine que le besoin qu'on a de nous empêchera toujours d'avoir le moindre succès. Laissons donc ceux que cela amuse rire de nos prétendus désaccords. Aussi bien ne serait-il pas sincère de nier qu'il y ait quelques dissidents; en quelle cause n'y en a-t il point? Ils sont si peu nombreux dans le cas actuel qu'on serait vraiment autorisé à appliquer ici le vieux dicton de l'exception qui confirme la règle.

Donc, le corps médical ayant eu à choisir entre deux opinions, a voté en masse pour l'une d'elles; c'est plus qu'une majorité, c'est une presque unanimité; et si le suffrage universel était applicable en ces matières, la question serait définitivement tranchée. Mais en fait de sciences, une voix autorisée en vaut dix, en vaut cent, en vaut mille qui ne le sont pas.

Quel est le *criterium* auquel on reconnait les voix autorisées? Et qui croire, des occultistes ou des neuropathologistes, qui revendiquent également la compétence? On pourrait peut-être, comme à la Chambre, soulever ici une question préalable et se demander si l'événement vaut la peine qu'on apporte tant de soins à l'étudier. Car il va sans dire que tout le bruit fait autour de lui, ce bruit fût-il encore plus assourdissant; que la curiosité populaire, cette curiosité fût-elle encore plus exaspérée; que l'acheminement des foules vers la rue de Paradis, ces foules fussent-elles encore plus nombreuses, ne suffirait pas, quoi qu'on en ait, à mériter que la science se mît en frais d'enquêtes et de discussions pour approfondir un fait qui ne dépasserait pas l'ordinaire mesure de la crédulité des masses. Un tel fait pourrait prendre assez d'importance pour troubler et remuer un pays tout entier, être le point de départ d'événements sérieux et même graves, devenir un fait historique considérable, sans arriver à s'élever jusqu'à la hauteur d'un phénomène scientifique. Ceux-ci se reconnaissent à des qualités d'une toute autre nature.

J'ai lu, comme tout le monde, ce qui s'est écrit depuis trois mois, à propos de Mˡˡᵉ Couédon, en sa faveur ou contre elle, et cette lecture n'avait suscité en moi nul

tuberculeuse, il a 9 fois décelé le bacille; il faut plonger quelque temps un petit tampon de ouate dans la sérosité rachidienne pour arriver à l'isoler. L'épanchement est abondant dans les infections aiguës, il est clair dans la méningite, coloré par du sang dans quelques cas de méningite tuberculeuse ou de traumatisme encéphalique. Lorsque le liquide renferme plus de 2 à 4 % d'albumine, on n'a pas affaire à une affection inflammatoire, mais à des tumeurs, à une apoplexie séreuse. La méningite séreuse aiguë est efficacement combattue par la ponction lombaire; on l'emploiera aussi dans la chlorose avec céphalée, dans des traumatismes encéphaliques avec œdème cérébral.

M. Kronig a trouve le bacille de Koch dans tous les cas de méningite tuberculeuse; il faut faire la centrifugation de l'épanchement. Il a obtenu des résultats favorables avec la ponction, dans tous les cas, sauf un. De même que Lenhartz, M. Kronig a vu l'opération faire cesser très rapidement la céphalée chlorotique. Trois ponctions ont suffi pour guérir une femme de soixante-dix ans, atteinte de méningite séreuse cérébro-spinale presque chronique.

La mort rapide peut suivre la ponction, il ne faut pas l'oublier. Dans un cas où l'opération avait été pratiquée chez une fillette, avec le diagnostic, douteux d'ailleurs, de tumeur, il survint immédiatement de la pâleur de la face, avec dilatation pupillaire et refroidissement, et la terminaison fatale se produisit en trois minutes. Il s'agissait d'un anévrysme ventriculaire, qui avait dû se rompre quelque temps auparavant. L'écoulement du liquide, au moment de la ponction, détermina probablement, par suite du changement de pression, le déplacement d'un caillot obturateur.

M. Goldscheider conseille la ponction dans les cas d'urémie, de tumeurs cérébrales, avec symptômes du côté des méninges.

M. Schultze, malgré des recherches attentives, n'a pu que rarement trouver le bacille de Koch dans le liquide rachidien des méningites tuberculeuses. Il a vu mourir un enfant six heures après la ponction.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1896

Au début de la séance, M. Hervieux annonce la mort de Germain Sée, et M. Landouzy lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques du médecin de l'Hôtel-Dieu.

— M. Poncet (de Lyon) revient sur la question de l'appendicite, et, après avoir rappelé ses précédentes communications, il donne la statistique de 71 cas opérés par lui-même ou par M. Jaboulay.

Voici les résultats opératoires obtenus :

12 résections à froid, 12 guérisons; 3 résections au cours de l'appendicite aiguë, 2 morts et une guérison; 33 incisions pour phlegmons : 27 morts et 6 guérisons. Enfin, 13 laparotomies pour gangrène de l'appendice, 13 morts. Ce qui fait donc le pronostic dans l'opération de l'appendicite, c'est l'état de l'intestin.

— On sait que le gaïacol est un anesthésique local assez puissant, et on se souvient que M. Lucas-Championnière, il y a quelque temps, mit en parallèle la cocaïne et le gaïacol, donnant à certains points la préférence à ce dernier.

M. Reclus vient aujourd'hui défendre la cause de la cocaïne. Il a essayé, en suivant exactement les recommandations de MM. Championnière et André, le pouvoir anesthésiant du gaïacol, et il a pu comparer, dans plusieurs faits qu'il rapporte en détail, l'action du gaïacol et celle de la cocaïne. Or, la cocaïne est réellement infiniment plus puissante que le gaïacol; de plus, elle agit parfaitement, quoi qu'on en ait dit, sur les tissus enflammés. Enfin, les

---

mouvement de curiosité. A aucun moment je n'ai éprouvé le désir de la voir et de l'entendre. Bien que je fusse au courant de quelques particularités frappantes de ses réponses, je n'ai jamais vu là que cette menue monnaie d'un hasard qui amène parfois des coïncidences si curieuses, et l'idée ne me serait pas venue de m'y intéresser de plus près, si je n'avais lu dans le numéro de la *Revue scientifique* du 9 de ce mois, un article de M. Ch. Richet, dont quelques passages m'ont frappé. L'autorité qui s'attache à tout ce qu'il écrit, surtout dans cet ordre de sujets, fait plus que justifier l'éveil de mon attention.

Inutile de dire que je n'ai éprouvé aucune surprise à voir l'auteur rejeter d'emblée, presque sans s'y arrêter, presque en s'excusant de l'avoir énoncée, l'hypothèse d'une possession, de quelque nature qu'elle fût. D'un autre côté, j'avais déjà fait justice, pour moi-même, de l'accusation de fraude et de supercherie, qu'inconsidérément quelques-uns, très rares heureusement, avaient portée contre la jeune fille, et ce m'a été une satisfaction de voir réfuter cette accusation très nettement et avec la plus grande vigueur par M. Richet.

Qu'est-ce donc, direz vous, qui vous a si vivement frappé dans son article?

A franchement parler, ce n'est pas non plus la discussion sur le dédoublement de la personnalité de Mlle Couédon. Cette hypothèse, d'une part, avait été présentée déjà par plusieurs des médecins qui ont gravi les quatre étages de la Voyante et, de l'autre elle ne me satisfait pas entière ment, malgré les arguments très sérieux qui l'appuient.

C'est la fin seule du travail que j'ai cité dont j'ai été un peu ému. Si vous l'avez lu, comme c'est probable, mon cher confrère, peut-être aurez-vous éprouvé la même impression que moi. Il y a là une tendance à accepter, et presque un désir de pouvoir accepter des faits, si on était conduit à les admettre, expliqueraient des phénomènes encore scientifiquement inexplicables et qu'il faut se contenter, faute de mieux, de considérer comme « des rencontres que le hasard amène ». Mais je laisse la parole à M. Richet.

« A vrai dire, écrit-il, dans ces dissociations mentales, il apparaît souvent des phénomènes intellectuels très complexes et dont l'étude est extrêmement difficile. En effet,

accidents résultent, le plus souvent, de l'abus dans le titre ou dans la dose de la solution. On ne doit pas injecter plus de 20 centigrammes, et le titre de la solution doit être au 1/100e. Le malade doit toujours être couché et rester couché pendant une heure après l'opération. On évitera d'injecter la cocaïne dans une veine.

M. Reclus a pratiqué, jusqu'à présent, plus de 3.500 opérations à la cocaïne et il n'a jamais eu de mort ni même d'accidents sérieux.

La cocaïne lui semble indiquée :

1° Dans toutes les opérations réglées, c'est-à-dire lorsque le chirurgien sait à l'avance quels trajets suivra son bistouri; parce qu'il faut anesthésier ce trajet;

Et 2° lorsque le champ opératoire n'est pas trop étendu. La première condition exclut presque toute la chirurgie abdominale en dehors des ovariotomies simples, et la seconde, les grandes amputations.

M. Reclus a fait pourtant, avec succès, une amputation de bras et d'avant bras, dans un cas où certaines conditions particulières avaient contre-indiqué, sous peine de mort, l'anesthésie générale.

— M. Delorme présente ensuite un nouveau procédé de *restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine*, qu'il a expérimenté sur deux malades, et qui a donné dans ces deux cas d'excellents résultats.

On taille, aux dépens de la muqueuse génienne, un lambeau en T, à base postérieure adhérente. Son pédicule horizontal correspond à l'espace interdentaire; il se continue en avant avec un deuxième lambeau vertical rectanculaire taillé dans la commissure labiale. Ce lambeau disséqué est retourné à l'angle obtus; les bords de la branche verticale du T sont fixés à ceux de la perte de substance, et, pour éviter que la base du lambeau ne soit coupée entre les deux arcades dentaires, on interpose entre elles un appareil qui les maintient écartées jusqu'au moment jugé propice pour la suture du pédicule.

Les suites opératoires sont simples, et la guérison est bientôt obtenue.

— Au cours de la séance, M. Fournier présente, au nom de MM Oudin et Barthélemy, plusieurs photographies obtenues par le procédé de Röntgen : squelette de la main d'un acromégalique, squelette d'une main atteinte de rhumatisme blennorrhagique, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la thérapeutique chirurgicale de la lithiase vésiculaire continue par une communication de M. Routier, qui passe ses observations en revue.

Dans un premier cas, la malade ne présentait aucune tumeur sensible, elle n'avait jamais eu d'ictère; cependant, au moment d'une crise, la tumeur faisait saillie comme énuclée par les muscles droits, et M. Routier put la constater.

La vésicule fut enlevée et elle contenait nombre de calculs. La guérison fut parfaite.

Dans 3 cas de cholécystectomie, M. Routier a eu une mort, mais la malade avait une affection concomitante; il y avait plusieurs abcès du foie; il ne faut donc pas mettre la mort sur le compte de l'opération.

L'orateur a pratiqué des cholécystostomies, mais il pense que cette intervention doit être faite quand l'extirpation de la vésicule n'est pas possible. Il s'est du reste borné à la drainer, car il y avait des adhérences multiples qui fixaient le foie à la paroi, et n'a pas eu besoin de faire la suture.

La pratique de M. Routier est très simple dans ces cas. Après ouverture de la vésicule, il enlève les calculs et la boue vésiculaire, il draine avec une mèche de gaze et, petit à petit, la guérison se fait.

La bile coule en très grande quantité les premiers jours, mais cet écoulement diminue vite et les malades se mettent à engraisser.

En résumé, M. Routier conseille d'enlever la vésicule si on le peut, sans crainte de compliquer l'opération, et si la chose est impossible, il faut pratiquer la cholécystostomie, qui donnera aussi une guérison rapide.

M. Monod joint quatre observations personnelles au débat. D'abord un cas de 233 calculs contenus dans une vésicule hydropique. Comme la bile ne refluait pas, ce qui prouvait l'obturation du canal cystique, M. Monod fit une cholécystectomie idéale et obtint la guérison.

La deuxième observation a trait à une vésicule calculeuse qui fut ouverte. Un calcul enchatonné dans le cystique ne put être enlevé, et la malade conserva une fistule muqueuse. Deux ans plus tard, M. Monod revint dans une deuxième intervention sur ce calcul qu'il broya, et il put réséquer la vésicule, ce qui amena la guérison.

---

parfois l'intelligence acquiert alors une perspicacité étonnante, bien faite pour stupéfier ceux qui s'attendent à des phénomènes merveilleux; mais si l'on veut analyser près de cette lucidité, on ne trouve guère que de la perspicacité, ce qui, avec les rencontres que le hasard amène, peut faire croire à quelque faculté intellectuelle supérieure.

« Il arrive même que parfois — très rarement — il est difficile de tout expliquer par la simple hypothèse de la perspicacité ou du hasard et qu'on peut supposer une sorte de lucidité. Mais, d'un autre côté, comme les soi-disant faits de lucidité sont exceptionnels, rebelles à toute investigation précise — car, à mesure qu'on veut les étudier de plus près, ils semblent se dérober à une recherche méthodique — nous devons conclure provisoirement que ces facultés, supérieures à nos facultés ordinaires, n'existent pas.

« Cela ne veut pas dire qu'il soit inutile de les rechercher. Ma conclusion est toute différente. Trop d'allégations ont été apportées par des observateurs dignes de foi pour que nous puissions tout nier d'une parole, tout effacer d'un trait de plume.

« Point n'est besoin d'insister ici, après tant de preuves éclatantes sur la fragilité de notre pauvre science humaine actuelle. Avec nos cinq misérables sens et notre imparfaite raison, nous n'avons pas le droit d'être bien fiers et de décider souverainement de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas. L'histoire est là, dans les sciences, pour nous montrer que chaque découverte vraiment nouvelle apporte des modifications profondent qui bouleversent ce que nous regardions naguère comme acquis..... Il n'y a d'impossible que ce qui est contraire aux faits et aux mathématiques.....

« Donc, l'hypothèse de la lucidité n'est pas absurde. Mais nous ne pourrons l'admettre que quand elle aura été prouvée, et jusqu'ici la preuve n'a pu être donnée.... Comme beaucoup d'autres chercheurs, je l'ai pourchassée avec ardeur, cette preuve formelle, cet *experimentum crucis*, et je ne l'ai pas trouvée. Mais, malgré l'insuccès de mes recherches, qui ont duré longtemps et qui durent encore, je ne me sens pas absolument découragé et, au risque de perdre mon temps à la poursuite d'un problème insoluble, je ne veux pas abandonner tout à fait cet espoir. »

Dans la troisième observation, le chirurgien de Saint-Antoine fit une cholécystentérostomie. La vésicule avait été ouverte et les calculs extraits ; puis une suture fixa le réservoir à la paroi. Mais le flux biliaire était tellement considérable que la malade allait très mal. M. Monod aboucha alors la vésicule à l'intestin, et après quelques accidents, la guérison fut obtenue.

Enfin, dernière observation d'une hydropisie de la vésicule avec un seul calcul engagé dans le canal cystique, calcul qui ne put être enlevé. La cholécystostomie fut terminée, et à l'heure actuelle, la fistule est en bonne voie et semble devoir guérir prochainement.

M. Monod cite alors des faits : 44 observations de cholécystostomie qui semblent démontrer la supériorité de la cholécystostomie en deux temps. 17 faits de cholécystectomies ont donné 17 guérisons, et malgré cela, l'orateur pense que la cholécystostomie est moins grave que l'extirpation de la vésicule, idées soutenues par M. Terrier, et qu'a défendues M. Tuffier.

M. Reclus a pratiqué trois opérations de cholécystostomie et a remarqué qu'après avoir évacué complètement la vésicule, il a vu, plusieurs jours après, de nouveaux calculs sortir par la bouche, qu'il avait pratiquée ; ce qui prouve que les calculs venaient de plus haut. Donc, la cholécystectomie aurait été ici insuffisante.

M. Reynier ne comprend pas qu'on suture la muqueuse de la vésicule biliaire à la peau, ce qui a des chances d'amener une fistule intarissable. Il cite ensuite deux observations, dans lesquelles, croyant avoir affaire à une affection de la vésicule, il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas.

— M. Michaux fait ensuite un rapport sur une observation de M. Lejars. Il s'agit d'un cas de cholédocotomie. Une femme, ayant des douleurs constantes et des selles décolorées, voyant son état s'aggraver, vint consulter M. Lejars, qui jugea l'opération nécessaire. La laparotomie montra, dans le canal cholédoque, un calcul qui fut enlevé par une incision. Le canal était perméable et la réunion de la plaie chirurgicale fut faite; un drainage iodoformé fut placé comme mesure de sûreté. Tout alla bien pendant les premiers jours; mais le huitième jour, il se forma une fistule par le trajet du drain. A l'heure qu'il est, près de deux mois après l'intervention, la malade est guérie.

M. Michaux insiste sur le résultat excellent qui a été acquis. La suture du cholédoque a manqué, comme cela arrive presque toujours; mais elle a bien fait d'être essayée.

M. Michaux insiste sur l'âge avancé de la malade (soixante-deux ans) et sur les troubles qu'elle ressentait. M. Lejars a réussi, et il a bien fait d'intervenir; mais M. Michaux n'opère pas quand l'état de santé est précaire, quand le foie est gros et les reins malades et il tient à dire cela à la tribune de la Société, non pour M. Lejars, mais pour ne pas détourner les médecins par des insuccès.

M. Lejars a fait la laparotomie médiane ; M. Michaux pense que l'incision doit être faite sur le bord externe du muscle droit; c'est là la véritable incision des interventions sur les voies biliaires.

— M. Jullien fait une lecture intitulée : *Note sur l'ulcération blennorrhagique.*

— M. Malapert présente un énorme *lipome* de la jambe, qu'il a enlevé avec succès, chez un enfant de cinq ans

— M. Routier fait alors la présentation suivante :

« Les deux appendices vermiformes que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent : l'un, d'un homme jeune, bien portant, ayant subi en octobre 1895 une première atteinte d'appendicite. Les symptômes observés pendant cette crise auraient pu faire croire à une colique appendiculaire, une douleur très vive ayant éclaté vers cinq heures du soir, avec une telle intensité que le malade se coucha sans dîner. — Vous verrez qu'il n'y avait pas de calcul.

« Pendant quatre jours, la douleur persista dans la fosse iliaque. Le malade se contenta, pour tout traitement, de modifier légèrement son régime et de garder un repos relatif.

« Depuis ce moment, surtout depuis un mois, le malade a toujours éprouvé une gêne manifeste dans cette région. Cette gêne durait une heure ou deux au réveil, pour disparaître quand le malade avait, suivant son expression, retrouvé son équilibre. La palpation de la fosse iliaque ne donnait aucun résultat.

« Malgré le peu de symptômes, je conseillais au malade de subir la résection de son appendice. Il s'y décida, grâce à l'appui que me prêtèrent mes collègues Bucquoy et Jalaguier, qui engagèrent vivement le malade à se faire operer.

J'ai tenu à reproduire cette page, parce qu'elle est très belle et que je lui trouve une importance capitale. Le bruit fait autour de la Voyante n'eût il eu d'autre résultat que de décider M. Ch. Richet à écrire les lignes qui précèdent, que ce résultat est considérable.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de cette franchise la réserve non moins remarquable qu'a voulu garder le Dr Albert Robin et les mémorables paroles de Biot, qui la justifient : « Ce que vous savez, n'est rien à côté de ce « que vous ignorez. Ce que vous ignorez, n'est rien à côté « de ce que vous ne saurez jamais. Ce que vous ne saurez « jamais, n'est rien à côté de ce que personne ne saura « jamais. »

« Après cela, ajoute le Dr A. Robin, nier quand même, parce que les causes ne nous sont pas familières, parce que les faits nous déconcertent, parce que nous..... ne savons pas, serait pure folie. »

Qu'on se rappelle le fameux et si regretté rapport de Dubois, d'Amiens, sur le magnétisme animal, et qu'on songe à ce qu'est devenu, de nos jours, l'hypnotisme.

Est-ce à dire que dans le cas de Mlle Couédon, il soit interdit de se faire une opinion arrêtée ? Point du tout. Les considérations qu'on vient de lire, dont M. Richet a fait précéder sa conclusion, permettent de la considérer comme rigoureusement impartiale et scientifique, dégagée de tout parti pris et de toute prévention.

Mlle Couédon est une malade. La preuve de sa lucidité est à faire. Cela étant « il y a quelque cruauté à développer, chez cette malheureuse jeune fille, le délire qui lui fait croire à une possession angélique ; car de pareils phénomenes psychiques tournent, en général, assez mal, et la pente qui mène à une dégénérescence mentale est apide. Même au point de vue de l'exemple, nous ne serions pas surpris que la publicité donnée aux visions et aux fantaisies de Mlle Couédon ne fût le signal d'une petite épidémie démonopathique. En pareil cas, la contagion est chose fréquente, et il serait sage d'y songer. »

Cela serait d'autant plus sage que, si l'on en croit les racontars, la Voyante pourrait bien n'être elle-même qu'un produit de cette contagion. Cette dame âgée qu'elle fréquentait depuis plusieurs années, qui avait possédé le même don qu'elle, avait été aussi l'incarnation d'un ange

« A l'ouverture du ventre, derrière le cœcum, sain et souple, mais accolé aux parois du petit bassin, je découvris l'appendice, que je vous présente ouvert.

« Cet appendice présentait deux parties distinctes : l'une dilatée, en forme d'ampoule, de la grosseur de mon pouce, correspondait aux quatre cinquièmes inférieurs de la longueur totale; l'autre cinquième adhérait au cœcum et paraissait très étroit, ayant à peine les dimensions d'un appendice normal. C'est à ce niveau que fut placée la ligature et faite la résection.

« Une fois sectionné, l'appendice ne laissait, à la pression, écouler aucun liquide; d'ailleurs, la lumière du canal appendiculaire était absolument détruite et invisible sur la surface de section.

« Une fois ouvert et étalé, il fut facile de constater que la partie dilatée était pleine de pus et ne communiquait nullement avec la partie rétrécie dont le canal était oblitéré d'une façon absolue.

« Le second appendice n'est pas moins curieux, il ressemble à une cerise munie de sa queue; la partie renflée contenait du pus, que la pression ne pouvait évacuer.

« Nulle part, il n'y a trace d'ulcération ou de perforation antérieure, et cependant, en novembre 1895, j'ai ouvert d'urgence, chez le malade, un gros phlegmon iliaque siégeant au milieu des anses intestinales, se prolongeant dans le petit bassin — par l'ouverture de cet abcès sortit une quantité énorme de tissus sphacélés. — Cet abcès était cliniquement le résultat d'une crise d'appendicite aiguë douloureuse qui durait depuis sept jours.

« Le malade a guéri de cette appendicite et de l'opération. Ne voulant pas s'exposer à d'autres accidents, il m'a demandé de lui réséquer son appendice, ce que j'ai fait. Il est aujourd'hui parfaitement guéri.

« Il s'agit donc, dans ces deux cas, d'appendices transformés en cavité close, avec appendicite purulente consécutive. Ces faits démontrent jusqu'à l'évidence que la pathogénie de l'appendicite ou, si l'on préfère, des grands accidents qui l'accompagnent, est bien telle que M. le professeur Dieulafoy nous l'a enseignée

« En effet, depuis que notre attention a été attirée sur l'importance capitale de l'oblitération du canal appendiculaire, et de sa transformation en cavité close, nous avons toujours vu les conclusions de M. Dieulafoy confirmées par les faits.

« Qu'il y ait calcul ou non, qu'il y ait ou non inflammation des parois, peu importe. Ce qui importe, c'est l'oblitération du canal agissant sur son contenu, comme l'étranglement herniaire sur celui de l'intestin. Nous pensons donc que c'est une vérité désormais démontrée : que « l'appendicite (1) est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close ». (Dieulafoy : *Bull Acad. de médecine*, tome I.)

— M. Hartmann présente un malade qu'il a opéré d'un *anévrysme du creux poplité* par l'ouverture du sac.

— M. Rochard présente un malade sur lequel il a pratiqué, il y a quinze jours, une *amputation interscapulo-thoracique* pour un sarcôme récidivé des parties molles de l'épaule.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai 1896

M. Thibierge présente un homme de trente-cinq ans, atteint d'un *lupus éléphantiasique de l'avant-bras*. Les lésions ont débuté dans l'enfance par des abcès osseux, auxquels ont succédé, plusieurs années après, des plaques papillomateuses et la tuméfaction de l'avant-bras. Actuellement, on constate un état éléphantiasique de l'avant-bras, des déformations des mains, de larges plaques de tuberculose papillomateuse; enfin, de nombreuses nodosités lupiques. Le malade a eu une série d'érysipèles localisés à la main et à l'avant-bras.

M Thibierge insiste particulièrement sur les deux points suivants :

1° L'origine osseuse des lésions : c'est là un fait bien connu pour le lupus éléphantiasique, mais qui n'en mérite pas moins d'être relevé, d'autant plus que l'on peut généraliser le fait de l'origine profonde du lupus : depuis que M. Thibierge cherche avec insistance les origines de cette affection, il ne rencontre presque plus de lupus qui n'ait

(1) Il est bien entendu que par ce mot d'appendicite, M. Dieulafoy désigne non seulement les lésions inflammatoires, ulcéreuses, fibreuses des parois de l'appendice, avec ou sans calcul, mais surtout les accidents péritonitiques et appendiculaires qui éclatent lorsque l'appendice est transformé en cavité close.

---

et peut-être du même ange, a été très probablement l'agent de cette contagion.

L'avenir dira si cette supposition et ces craintes sont fondées. Il est très permis de le penser et de le prédire, sans se croire, pour cela, doué du don de prophétie.

***

Société de Pédiatrie de Saint-Pétersbourg. — La Société de Pédiatrie de Saint-Pétersbourg a discuté, dans une de ses dernières séances, la question de savoir si le médecin a le droit d'opérer un enfant sans l'autorisation des parents.

La Commission chargée de l'étude de cette question l'a divisée en deux parties :

1° Le médecin doit-il, avant l'opération, demander aux parents l'autorisation d'intervenir ?

2° Quand il s'agit d'une opération qui peut sauver l'enfant, le médecin peut-il opérer malgré l'avis contraire des parents ?

Sur le premier point, la Commission a été d'avis que le médecin doit toujours prévenir les parents ou le tuteur de l'enfant, mais qu'en cas d'urgence il doit opérer sans les prévenir.

Sur le second point, qui se rapporte surtout à la pratique hospitalière, la Commission s'est prononcée de la façon suivante :

Lorsque la vie de l'enfant est en danger et que l'opération s'impose pour le sauver, il est du devoir du médecin d'opérer après avoir prévenu les parents du danger que court le malade, et de passer outre si les parents s'opposent à l'intervention.

Ceux-ci, en pareil cas, sont justiciables de l'application des articles 1516 et 1520 du Code pénal, qui comportent la privation de tous les droits civils et politiques et la déportation en Sibérie.

Et, d'après la Commission, ces mêmes articles seraient applicables au médecin qui n'aurait pas porté secours à un enfant en danger de mort.

(*Médecine moderne.*)

pour point de départ l'ouverture d'une lésion des os, des ganglions, des voies lacrymales;

2° L'existence d'érysipèles, lesquels ont été l'origine de l'état éléphantiasique du membre : on a voulu voir, dans l'érysipèle, un moyen curateur du lupus. Le fait actuel, auquel on en pourrait ajouter beaucoup d'autres, montre le peu de cas qu'il faut faire de cette opinion; il montre, en outre, que l'érysipèle, au lieu d'avoir une action favorable, peut aggraver singulièrement l'état d'un membre atteint de lupus.

— MM. Gilbert et Roger présentent ensuite à la Société une série de tracés recueillis sur des sujets sains ou atteints d'affections thoraciques :

« Nous nous sommes servis, disent-ils, pour nos recherches, d'un appareil qui enregistre séparément les mouvements de chaque moitié de thorax; on peut ainsi saisir les moindres variations survenues dans le mode respiratoire d'un des côtés; c'est à cette méthode que nous donnons le nom de stéthographie bilatérale.

« L'étude préalable, que nous avons faite, sur des sujets normaux, nous a montré que, dans la moitié des cas, l'ampliation thoracique est plus marquée d'un côté que de l'autre; les différences, d'ailleurs légères, deviennent plus appréciables pendant l'inspiration profonde, les mouvements saccadés, comme la toux ou le rire.

« Pendant l'effort, quand celui-ci est considérable, la respiration s'arrête complètement des deux côtés, puis elle reprend, d'abord profonde et lente, pour revenir ensuite assez vite au type normal. Si le sujet contracte ses muscles avec moins d'énergie, la pause respiratoire n'est pas complète; mais on observe alors, entre les deux côtés, une différence assez curieuse : les mouvements diminuent surtout ou même s'arrêtent totalement du côté où se produit l'effort; ils persistent, quoique affaiblis, de l'autre côté.

« Nos recherches cliniques ont porté sur sept malades atteints ou guéris de pleurésie. Quatre d'entre eux étaient porteurs d'épanchements séreux plus ou moins abondants. Comme il était facile de le prévoir, les tracés ont montré, pendant la période d'état, une diminution de l'expansion thoracique du côté atteint, diminution d'autant plus marquée que l'épanchement est plus abondant. Mais, dans tous les cas de pleurésie séreuse, les mouvements étaient encore appréciables.

« Chez un malade, nous avons étudié les modifications qui suivent la thoracentèse; il s'agissait d'une pleurésie gauche, ayant refoulé le cœur, dont les battements s'inscrivaient sur le tracé du côté droit; dix minutes après la ponction, aucune amélioration ne s'était produite : c'est seulement au bout d'une demi-heure que l'expansion thoracique est devenue plus considérable, et que le cœur a pris une position médiane.

« Dans les cas à grand épanchement, les changements se produisent avec une lenteur encore plus grande; il faut plusieurs ponctions pour provoquer un changement.

« Au moment de la guérison apparente, le côté atteint peut avoir repris le rythme normal; ailleurs, les troubles persistent, parfois trop légers pour être reconnus à l'inspection; les tracés peuvent révéler alors une amplitude moitié moindre du côté qui a été affecté; les différences s'exagèrent encore pendant certains mouvements étendus ou saccadés, pendant les fortes inspirations, la toux, le rire. Enfin, dans un cas de pleurésie ancienne, avec rétraction du thorax, le tracé s'est traduit, du côté atteint, par une simple ligne onduleuse : la respiration y était donc presque nulle.

« Les tracés stéthographiques sont influencés, non seulement par l'abondance, mais aussi par la nature des épanchements. Chez un malade ayant une pleurésie peu abondante, le côté atteint était complètement immobile; c'est qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une pleurésie hémorragique, liée à un cancer pleuro-pulmonaire.

« Des modifications analogues, mais encore plus accentuées, s'observent dans le pneumo-thorax; déjà manifestes pendant les respirations calmes, elles s'exagèrent pendant les respirations forcées et pendant la toux; il est des cas où le malade ne tousse que du côté sain; pendant les quintes, le tracé ne présente pas, du côté atteint, les modifications caractéristiques.

« Ces quelques exemples montrent quel est le parti qu'on peut tirer de la stéthographie bilatérale; sans doute, il ne s'agit pas là d'une méthode pratique : comme le sphygmographe, le stéthographe ne sert qu'à vérifier et préciser les données fournies par les procédés habituels d'investigation. »

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 mai 1896

La sérothérapie de l'infection urinaire.

M. F. Guyon donne lecture de la note suivante de MM. Albarran et Mosny :

On sait que la sérothérapie peut être employée pour combattre une infection déjà développée ou pour la prévenir. L'infection urinaire a ceci de particulier que, dans un grand nombre de cas, on peut prévoir qu'une manœuvre chirurgicale déterminera, presque à coup sûr, chez un individu dont l'infection est localisée dans les voies urinaires, des accidents g néraux susceptibles de revêtir une haute gravité. C'est-à-dire que la sérothérapie de l'infection urinaire pourra être utilisée, non seulement pour combattre l'infection déjà développée, mais encore pour empêcher son éclosion presque certaine.

Nous avons donc cherché à utiliser le sérum des animaux vaccinés contre le B. coli commun pour prévenir et pour guérir l'infection urinaire que les travaux de l'un de nous, en collaboration avec M. Hallé, ont démontrée être presque toujours due à l'action de cette bactérie.

Dans cette première note, nous exposerons les résultats des expériences concernant la sérothéraphie de la septicémie déterminée par le coli bacille.

Nous avons employé trois méthodes vaccinales : la vaccination par inoculations répétées de cultures vivantes, la vaccination par inoculations de filtrats de macérations d'organes d'animaux morts d'infection coli-bacillaire, et enfin la vaccination par inoculations alternantes de filtrats et de cultures virulentes.

Nous avons étudié, d'autre part, le sérum des animaux vaccinés, au double point de vue de son pouvoir préventif et de son pouvoir curateur.

Chez le lapin, le meilleur sérum a été obtenu par la méthode de vaccination *alternante*. Chez le chien, nous n'avons encore essayé que le sérum des animaux vaccinés par inoculations successsives de cultures virulentes : leur sérum s'est montré très actif.

L'inoculation de ce sérum immunise le cobaye à la dose de 1/20 de cc. contre la dose mortelle de culture inoculée vingt-quatre heures après. Un cobaye vacciné avec 1/4 de cc. de ce sérum a résisté à l'inoculation de vingt fois la dose mortelle, faite vingt-quatre heures après.

Nous avons essayé d'inoculer simultanément la culture

infectante et le sérum curateur : le mélange à la dose mortelle de culture de deux gouttes de ce sérum suffit pour empêcher l'animal de succomber.

Les cobayes infectés avec deux fois la dose de culture mortelle en vingt-quatre heures pour le témoin, survivaient lorsque, deux heures après l'inoculation infectante ils recevaient 2 cc. de sérum curateur.

Nos expériences ont porté sur 250 cobayes, 40 lapins et 7 chiens : les propriétés immunisantes et curatives du sérum que nous avons obtenu s'étant montrées très élevées chez des animaux aussi différents, nous nous sommes crus autorisés à l'employer chez l'homme Au préalable, nous nous étions assurés de l'innocuité des injections de sérum.

Nous publierons plus tard les résultats obtenus, mais, dès aujourd'hui, nous avons tenu à présenter à l'Académie la partie expérimentale de nos recherches.

Hématozoaire du paludisme.

M. LAVERAN. — J'ai eu fréquemment l'occasion d'examiner des malades qui avaient contracté la fièvre palustre au Tonkin, au Dahomey, au Sénégal ou à Madagascar, et j'ai retrouvé dans le sang de ces malades l'hématozoaire que j'ai décrit en 1880.

Quelques observateurs ont émis l'hypothèse que les fièvres graves des pays intertropicaux étaient dues à des parasites spéciaux ; il n'en est rien. Le parasite du paludisme a, il est vrai, dans certains pays, comme à Madagascar, une activité bien plus grande que dans les climats tempérés ; mais les modifications inhérentes à la différence des milieux suffisent à l'expliquer. La virulence des microbes varié beaucoup avec les milieux de culture ; les plantes et les animaux des tropiques dégénèrent le plus souvent quand on les transporte dans nos climats.

J'ai trouvé dans le sang de malades revenant de Madagascar des corps amiboïdes nombreux et d'un volume supérieur à la moyenne, ce qui est une condition éminemment favorable à la production des accidents pernicieux. Mais je n'ai pas constaté les différences qui ont été décrites par un certain nombre d'auteurs entre les parasites de la tierce, de la quarte et des fièvres irrégulières.

Le fait que le parasite du paludisme existe, avec les mêmes formes, dans tous les pays, constitue un tres bon argument en faveur de l'unicité du paludisme, attestée d'ailleurs par la clinique et l'anatomie pathologique, s'il y avait plusieurs espèces de parasites, on trouverait vraisemblablement des localités dans lesquelles une de ces espèces régnerait à l'exclusion des autres.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. MÉRY a étudié un streptocoque présentant une indifférence absolue vis-à-vis du sérum de Marmorek. Ce streptocoque a été retiré, pendant la vie, du sang d'une enfant atteinte de scarlatine. On avait pu constater nettement, dans ce cas, l'efficacité absolue du sérum de Marmorek, employé dès le début de l'affection. Ce streptocoque ne présente cependant aucun caractère distinctif ; il n'en résulte pas moins de ce fait que l'on peut rencontrer en pathologie humaine plusieurs espèces de micro-organismes de cet ordre. Une comparaison s'impose, à ce point de vue, avec les vibrions cholériques, leur multiplicité succédant aussi à l'unicité de début ; l'inaction du sérum du vibrion de Pfeiffer vis-à-vis du vibrion de Massaouah. Là aussi, le caractère différentiel, fondamental, le mal presque, c'est l'absence d'immunité réciproque.

On sait que pour le coli-bacille et les variétés voisines dont les limites sont si difficiles à poser, comme le bacille typhique, il semble que ce soient encore les sérums qui fournissent le moyen le plus sûr de diagnostic.

On trouve dans la streptococcie vétérinaire des faits analogues. Le streptocoque de l'anasarque subit d'une façon très nette l'action du sérum de Marmorek ; ce sérum a une action nulle contre le streptocoque de la gourme, dont il semble même favoriser le développement et une action très légère sur celui de la pneumonie.

Au point de vue clinique, les faits de ce genre expliquent l'inégalité d'action du sérum de Marmorek ; ils expliquent également ces abcès à streptocoques, produits parfois au point d'inoculation du sérum. Ils n'infirment du reste en rien la haute valeur du sérum de Marmorek pour la majorité des streptocoques de l'homme.

— Le lavage du sang dans les infections, proposé et expérimenté. en 1889, par MM. Dastre et Loye, depuis longtemps utilisé dans le choléra, pratiqué dans la fièvre typhoïde par Sahli (de Berne), a été appliqué avec succès, dans ces derniers temps, à un certain nombre d'infections chirurgicales.

Pour les hémorragies, pour cet état complexe qui porte le nom de shock, traumatique ou opératoire, l'injection par voie sous-cutanée ou intra-veineuse de notables quantités de sérum artificiel, rentre aujourd'hui dans la pratique journalière. M. LEJARS pourrait citer un grand nombre de faits où cette méthode lui a été fort utile, et, lorsqu'une intervention s'impose sur un malade anémié et déprimé, il a l'habitude de faire précéder l'opération d'une injection sous-cutanée de 400 à 500 grammes de sérum, injection que l'on répète au cours même de la séance opératoire et que l'on renouvelle fréquemment durant les premiers jours.

Le lavage du sang a donné d'excellents résultats à M. Lejars dans un cas de péritonite par rupture de l'intestin, consécutive à un coup de pied de cheval, chez un jeune garçon atteint d'ostéomyélite aiguë, dans une double amputation rendue nécessaire par un accident de chemin de fer, etc.

Même dans les cas les plus désespérés, les injections intra-veineuses massives sont toujours suivies d'une période d'accalmie et d'une atténuation passagère des accidents : et l'on ne saurait faire fi de ces regains de vie et de résistance organique qui peuvent permettre une intervention de salut. C'est surtout dans les cas urgents que la voie intra-veineuse est préférable, en assurant une action plus rapide. Dans les conditions ordinaires, la voie sous-cutanée, utilisée par M. Sahli (de Berne) et récemment par M. Duret (de Lille), se prête à l'injection de quantités tout aussi considérables de sérum.

Un élément nécessaire au succès du lavage du sang, c'est le bon fonctionnement des reins. M. Lejars en a eu, chez deux malades. la preuve, pour ainsi dire, expérimentale ; les injections n'avaient donné aucun résultat, la quantité d'urine n'était nullement accrue ; à l'autopsie, les reins étaient tout petits et scléreux, et tous les viscères infiltrés.

On doit combiner les injections intra-veineuses, repétées deux fois par jour, avec les injections sous-cutanées, renouvelées toutes les deux heures, afin de se rapprocher autant que possible du lavage proprement dit.

Le mode d'action est encore mal déterminé et peut être multiple ; quoi qu'il en soit, il est utile de combiner la méthode des injections à tous les moyens propres à accroître la quantité de liquide qui traverse et « lave » l'organisme, aux boissons abondantes (s'il n'y a pas de contre-indication abdominale), aux grands lavages de l'intestin, etc.

(La fin au prochain numéro.)

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de la XXIIe fête fédérale de gymnastique et des visites faites par le ministre de l'Instruction publique aux établissements scolaires de l'Algérie, ont été nommés :

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Martin, directeur de la section de tir d'Alger ; Stéphann, médecin adjoint au lycée d'Alger ; Thiébaud, directeur du dispensaire pour les maladies des yeux, à Alger.

Concours du Bureau Central (médecine). — Ce concours s'est terminé par les nominations de MM. Jeanselme, Florand et Jacquet.

— Le jury du deuxième concours est constitué ainsi qu'il suit :

MM. Netter, Brault, Faisans, Bucquoy, Thibierge, de Beurmann, Nélaton.

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du prosectorat est composé comme il suit : MM. Guyon, Farabeuf, Tillaux, Le Dentu et Poirier, juges ; MM. Ricard, Retterer et Sébileau, suppléants.

Nécrologie. — — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Germain Sée. Les obsèques ont eu lieu dimanche 17 mai, à dix heures. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse.

Concours de l'internat de médecine. — MM. les élèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le concours de l'internat en médecine qui doit s'ouvrir au mois d'octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les concours précédents.

Tous les externes comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux pourront y prendre part, les conditions d'admission au concours de l'internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897.

A partir du concours de 1897, les externes qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 pourront se présenter à l'internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine ; toutefois, les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

A raison des dispositions qui précèdent, les candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au concours, un certificat de scolarité délivré par l'École de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 juillet 1893.

École du Val-de-Grâce. — Deux concours s'ouvriront à l'École du service de santé militaire : le premier, le 15 novembre 1896, pour deux emplois de professeur agrégé d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils) ; le second, le 1er décembre 1896, pour un emploi de professeur agrégé de législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire.

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à prendre part à ces concours.

Les épreuves sont déterminées par la note ministérielle du 28 février 1890 et la décision ministérielle du 15 avril 1891 (*Bulletin officiel du ministère de la Guerre*, partie réglementaire 1890, page 333, et 1891, page 525).

Elles seront subies dans les conditions prévues par la décision ministérielle du 6 avril 1878 (insérée au *Bulletin officiel*, partie supplémentaire n° 20, page 280).

Les médecins militaires qui désireraient prendre part à ces concours adresseront au ministre de la Guerre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 31 octobre 1896, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Facultés de médecine et Facultés mixtes. — Mercredi 6 mai 1896, à dix heures, la commission de dépouillement et de recensement des votes pour les élections au Conseil supérieur de l'instruction publique a constaté que l'ensemble des opérations a donné les résultats suivants :

Nombre des Facultés de médecine, 3 ; nombre des Facultés mixtes, 4 ; électeurs inscrits, 273 ; votants, 202 ; majorité absolue des suffrages exprimés, 102 ; nombre de membres à élire, 2.

MM. Pitre, élu, 197 voix ; Brouardel, élu, 171 voix ; Lannelongue, 17 voix ; Labéda, 3 voix ; Coyne, Laboulbène, Lépine, Potain et Rault, 1 voix.

— Le concours du clinicat médical de l'Ecole de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. le Dr Sesqués.

— Le concours du clinicat chirurgical de l'Ecole de médecine de Marseille s'est terminé par la nomination de M. le Dr Soulié.

Le quatrième Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie se tiendra, à Clermont-Ferrand, le 28 septembre prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour et qui seront l'objet d'un rapport :

HYDROLOGIE

1. De l'action dominante et de la spécialisation des différentes eaux minérales, au point de vue thérapeutique.
2. Que doit-on entendre par une cure thermale ? — Rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires.
3. De l'action des eaux minérales sur la nutrition.
4. L'acide carbonique et les bicarbonates alcalins dans les eaux minérales et leur rôle thérapeutique.
5. Étude critique de la législation des eaux minérales et de la police sanitaire dans les stations thermales.
6. Du captage des eaux minérales.
7. Stérilisation et embouteillage des eaux minérales transportées.

CLIMATOLOGIE

1. Recherches des moyens propres à apprécier le degré de clarté et de coloration du ciel et leur influence en hygiène.
2. Du régime des vents dans des régions déterminées et de leur influence sur l'état sanitaire.
3. Des observations météorologiques, leur rôle dans l'étude des climats.
4. Conditions d'entraînement des poussières dans l'atmosphère. — Influence de ces poussières sur la santé.
5. Que doit-on entendre par climat d'altitude ? Quelles conditions ce climat doit-il réunir ? Préciser les principales indications thérapeutiques.

GÉOLOGIE

1. Influence des tremblements de terre sur le régime des eaux minérales.

2. Gisements géologiques des principales sources du Plateau central.

3. Des eaux chlorurées-sodiques dans leurs relations avec les terrains lagunaires.

4. De l'origine de l'acide carbonique et des produits carburés dans les fumerolles et dans les eaux minérales.

5. Des eaux artésiennes profondes, dans leurs relations avec certaines sources minérales.

Une série d'excursions dans les stations thermales de la région centrale sera organisée et se terminera par une visite aux gorges du Tarn, sous la conduite et les auspices du Club cévenol.

Les Compagnies de chemins de fer français ont bien voulu accorder aux adhérents du Congrès une réduction de 50 %, sur les prix de voyage. Les personnes qui désirent y participer n'ont qu'à envoyer leur adhésion avec le montant de la cotisation (20 francs) à M. Doin, libraire-éditeur, 8, rue de l'Odéon, Paris, trésorier du Congrès.

Médecins du port de Mareille. — MM. les Drs Galetti, Cure et Castelli sont nommés médecins du service de santé du port de Marseille.

M. le Dr Melquiond est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Principes de Déontologie médicale adoptés par le Conseil général des Sociétés d'arrondissement — ARTICLE PREMIER. — Tout médecin appelé pour la première fois dans une famille doit, s'il s'aperçoit ou apprend qu'il a été appelé à défaut du médecin traitant absent ou malade, ne donner ses soins que pendant l'absence de son confrère.

ART. 2. — Si le médecin appelé en l'absence du médecin traitant constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à voir le malade, *après avoir averti son confrère*.

ART. 3 — Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment, et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

ART. 4. — Tout médecin appelé près d'un malade dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique régulièrement suivie fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant; s'il échoue, il doit prévenir, *sans délai*, le confrère auquel il succède.

ART. 5. — Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera appliqué par le médecin ordinaire.

ART. 6. — Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

ART. 7. — Il est d'une bonne confraternité d'accepter un médecin consultant proposé par la famille, quels que soient son âge, son grade ou sa situation, pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

ART. 8. — Le cabinet de consultation est un terrain neutre où le médecin peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament, et quel que soit le médecin traitant.

Abcès et assassin. — M. le professeur Brouardel, dans son cours, cite le fait suivant : Un individu avait un abcès pharyngien, tant et si profond que son médecin n'osait intervenir; la nuit, un malandrin pénètre chez ce malade pour le voler; celui-ci veut crier au secours, l'autre pour le faire taire lui serre violemment le cou; l'abcès crève, inondant l'assassin qui s'enfuit épouvanté. L'assassiné se trouva immédiatement soulagé et guérit rapidement. (*Lyon médical.*)

Première application des rayons Röntgen à la chirurgie de guerre. — Le service médical de l'expédition anglo-égyptienne vers Dangola va être muni des appareils nécessaires pour obtenir les skiagrammes les plus perfectionnés.

Les balles des Derviches pourront être ainsi photographiées *in situ*.

Une blessure par le fusil Mauser. — Une observation publiée par la *Revista de clinica* par M. Pena y Buelta, médecin en chef de l'armée de Cuba, montre une fois de plus la bénignité relative des blessures par armes à feu de petit calibre. Un soldat de la colonne du général Linares reçut, le 23 septembre, un coup de feu du nouveau fusil espagnol, le Maüser. Entrée par le côté externe de la cuisse, la balle traversa le col du fémur et frisa la tubérosité de l'ischion. L'orifice de sortie n'était pas plus grand que celui d'entrée; l'un et l'autre avaient plutôt l'aspect d'une plaie par incision que du trou fait par les balles rondes d'ancien modèle. Les os furent vite consolidés et les plaies guérirent très rapidement. On ne donne pas le poids de la balle, ni sa vitesse; néanmoins il est intéressant de constater que le projectile, avant de traverser la tubérosité de l'ischion, avait percé le fémur de part en part sans produire une fracture complète. (*Bulletin médical.*)

Accident mortel dû à la sérothérapie préventive. — Un pénible accident, qui s'est produit dans la famille du Dr Langerhans, professeur à la Faculté de médecine de Berlin, a provoqué un vif émoi dans le monde médical de la capitale allemande. Des cas de diphthérie s'étant produits dans la maison habitée par le professeur Langerhans, ce dernier crut devoir immuniser son fils, âgé de vingt mois, au moyen d'injections avec le sérum de Behring. Or, une demi-heure après l'inoculation, l'enfant, jusque-là très bien portant, succomba en quelques minutes au milieu des plus vives souffrances. D'après la *Gazette de Voss*, le parquet a ordonné de procéder à l'autopsie du cadavre du jeune Langerhans. Le père avait cacheté le flacon contenant le reste du sérum antidiphtérique et l'avait envoyé au parquet, avec prière d'examiner le remède.

Dans les journaux a paru, sous la signature du Dr Langerhans, l'avis suivant : « Notre enfant est mort hier subitement, en pleine santé, à la suite d'une inoculation du sérum Behring, destinée à lui procurer l'immunité contre la diphtérie », etc. La forme donnée à cet avis mortuaire cause une grande sensation dans le monde médical. M. Langerhans avait perdu, l'an dernier, deux de ses trois enfants de la diphtérie. (*Progrès médical.*)

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 3 et 10.

SOMMAIRE

PLAIE DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

PAR UNE FLÈCHE D'ARBALÈTE

Par le Dr Eug. ROCHARD, chirurgien des hôpitaux.

L'observation que nous relatons nous a paru intéressante par l'origine qui a déterminé la plaie et le peu de dégâts vasculaires occasionné, étant donné la région parotidienne dans laquelle la blessure a été produite.

Il s'agit d'une flèche d'arbalète frappant à plus de 40 mètres un tireur qui regardait la cible, pénétrant dans la région parotidienne, sectionnant le nerf facial et allant se loger dans la fosse ptérygo-maxillaire, à une profondeur de 7 centimètres environ, sans produire la moindre hémorragie, la moindre lésion vasculaire.

Voici l'observation prise par M. Larrieu, interne du service de M. Périer, à l'hôpital Lariboisière.

A Fresnay-le-Grand (Aisne) se trouve un tir à l'arbalète. Les flèches, longues de 50 centimètres, viennent frapper le but, distant des tireurs de 50 mètres, avec assez de force pour disparaître entièrement dans des bottes de paille très serrées, placées immédiatement derrière la cible en papier.

Le dimanche soir, 26 avril, à cinq heures, le nommé M... (Alfred) assistait au tir. Placé à 40 mètres de ses camarades, à 10 par conséquent du but, mais à 7 mètres à droite de la ligne de tir, il avait la poitrine face à cette ligne, la tête tournée à droite, regardant le but, et un peu inclinée sur le cou, position importante à déterminer, à cause de la direction suivie par le projectile.

Par suite de la maladresse d'un tireur, une flèche vint frapper M. M..., immédiatement en avant du tragus gauche, s'enfonça dans la face avec une telle force que le blessé brisa la flèche au ras de son embout en corne, qui fut perdu dans la face.

M. M... prit immédiatement le train pour Paris, et entra à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Périer, que j'avais l'honneur de suppléer. Il présentait une plaie longue de 2 centimètres à peine, située immédiatement en avant du conduit auditif externe, et de plus une hémiplégie faciale gauche et complète.

L'exploration de la cavité buccale ne dénote rien de particulier, les mouvements du maxillaire inférieur sont libres, le stylet pénètre à une profondeur de 3 à 4 centimètres, et laisse percevoir un corps dur profondément enclavé.

Le mardi matin, 28 avril, après anesthésie par le chloroforme, et après avoir tout préparé en vue d'une ligature possible de l'artère carotide, l'incision est agrandie en haut et en bas, dans le sens vertical que lui avait donné la flèche ; il n'y avait pas ici à ménager le facial déjà sectionné par le corps étranger.

Cette incision faite, le trajet put être exploré, et, à 3 centimètres de profondeur, la sonde cannelée butta sur un corps dur et inégal.

Une pince tire-balle fut introduite, le corps étranger fut saisi et fut extrait non sans qu'il fût nécessaire d'exercer une certaine violence. Pas la moindre hémorragie.

C'était bien l'extrémité de la flèche formée par un tronc de cône en corne mesurant 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre à peu près de largeur.

Le petit doigt put alors pénétrer dans le trajet et l'explorer. Il était obliquement dirigé en avant, en dedans et un peu en bas. La flèche avait donc pénétré derrière le condyle du maxillaire inférieur, pénétré dans la loge parotidienne en sectionnant le nerf facial, et était venue s'arrêter dans la fosse ptérygo-maxillaire.

La pulpe du doigt sentait, en effet, distinctement en dehors, la branche montante du maxillaire inférieur, et, en dedans, une apophyse osseuse d'où partaient des ligaments et des muscles, et qui n'était autre que l'apophyse styloïde et le bouquet de Riolan.

Un peu de pus s'était formé dans ce trajet, et un lavage au sublimé fut pratiqué dans son intérieur ; le tout fut bourré à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples, et trois jours après, le malade regagnait son village, ne conservant que sa paralysie faciale.

Deux points sont particulièrement intéressants dans cette observation : d'abord la force de pénétration d'une flèche lancée par une arbalète. A près de 50 mètres, en effet, ce projectile a pu pénétrer profondément dans la face et s'y implanter de telle sorte que les efforts pour l'arracher n'ont réussi qu'à briser la flèche ; ensuite le curieux trajet suivi par le corps piquant dans une région aussi dangereuse.

Tout d'abord, le calibre même de la flèche lui permettait à peine de passer entre le col du condyle et la mastoïde, et cependant la pénétration a eu lieu ; ensuite, il est curieux de voir une pointe entrer ainsi dans la région parotidienne sans produire plus de dégâts.

Le nerf facial a été sectionné, il est vrai, mais comment la carotide externe ou une de ses branches a-t-elle été épargnée, de même que la carotide interne? Cela tient à la direction du corps étranger qui, au lieu de pénétrer dans la parotide, perpendiculairement à sa face externe, est entré obliquement, n'a fait que traverser la loge parotidienne sur un petit espace et en est sorti pour aller se placer entre le ptérygoïdien interne et les muscles qui s'insèrent à l'apophyse styloïde.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Le raccourcissement du ligament utéro-sacré par la voie vaginale a fait l'objet d'un travail de Gottschalk, dans le *Centralblat fur gynäcol.*, n° 16.

Cette opération a pour but de remédier à la rétroflexion en fixant le col en arrière, après avoir ramené le fond de l'utérus en avant. Voici le procédé :

Une incision médiane commençant à 1 centimètre environ au-dessous de l'insertion de la paroi vaginale à la lèvre postérieure de l'utérus, et longue de 5 centimètres environ, est menée de haut en bas le long de la paroi postérieure du vagin ; le cul-de-sac de Douglas est ensuite incisé suivant une ligne parallèle à la première incision.

Une pince ou des soies à ligature provisoires réunissent de chaque côté la lèvre vaginale à la lèvre péritonéale de l'incision, servant de prise à l'aide pour étirer transversalement l'ouverture du cul-de-sac péritonéal et permettre à l'opérateur de jeter un coup d'œil dans la cavité de Douglas. S'il existe des adhérences fixant l'utérus dans cette cavité, le chirurgien les libère avec les doigts pour ramener l'utérus en avant.

Avec la pulpe de l'index, on cherche alors à atteindre l'extrémité sacrée du ligament en s'éloignant de son insertion utérine en un point variable situé à 3, 4 ou 5 centimètres de cette insertion.

Sur le doigt servant de guide, repoussant le péritoine en dehors, pressant fortement en ce point, et, tout en regardant, on enfonce à travers le ligament, de haut en bas, une aiguille mousse de Deschamps et on fait de suite un nœud résistant avec le fil. Saisissant alors l'autre extrémité du fil, munie au préalable d'une autre aiguille plus acérée, plate et légèrement incurvée, on l'enfonce profondément dans l'épaisseur de la paroi de la lèvre postérieure du col jusqu'au niveau de sa portion vaginale pour la faire ressortir immédiatement au-dessus de la lèvre vaginale de l'incision ; on lie alors solidement les deux extrémités du fil. Le nœud se trouve rejeté profondément en arrière ; la portion vaginale du col n'est pas prise dans la ligature.

La pratique est la même du côté opposé, et l'opération se trouve finie. On draine la cavité de Douglas au moyen d'une mèche de gaze iodoformée et l'on maintient l'utérus au moyen de tampons de gaze entourant le col à la façon d'un pessaire; on prescrit à la malade, pendant les quelques jours qui suivent, de se coucher autant que possible sur le ventre ou sur les côtés, évitant le décubitus dorsal.

Par ce procédé, la malade peut se lever le septième jour; les tampons sont alors changés pour la première fois et remplacés par un tampon de gaze que l'on prend soin de bien mettre dans le cul-de-sac antérieur du vagin et que l'on renouvelle deux fois.

— Chacun a peine à considérer l'**appendicite** comme une **maladie épidémique** et voici des faits qui sembleraient devoir le prouver :

Il est reconnu que l'appendicite est une maladie microbienne, à ce point que certains auteurs, Salhi, de Berne, notamment, en font une folliculite et vont même jusqu'à l'appeler une angine appendiculaire. Partant de ces notions, le professeur Goloubov croit pouvoir affirmer dans la *Meditsina*, n° 12, 1896, que l'appendicite peut quelquefois prendre les caractères d'épidémicité. Dans telle ville, à telle époque, les médecins n'observent que quelques rares cas d'appendicite, quand tout à coup, sous l'influence de causes inconnues, il s'en déclare subitement des cas nombreux ; dans tel collège, par exemple, où l'appendicite était inconnue, cette maladie survient chez trois enfants à la fois, d'une même classe et assis sur le même banc.

M. Goloubov croit trouver l'explication de ce caractère épidémique dans le fait que des conditions communes peuvent se rencontrer pour le développement des microbes spécifiques ; soit que les streptocoques ou le coli-bacille infectent primitivement l'appendice, soit qu'ils se développent secondairement sur un appendice momentanément en mauvais état.

— Dans la *Semaine médicale* du 13 mai 1896, M. S. Duplay nous donne une clinique sur **la périarthrite scapulo-humérale.**

C'est dans la vaste bourse séreuse, située au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne et du del-

toïde, enveloppant l'extrémité supérieure de l'humérus, qu'est le siège exact de cette affection. Les lésions de cette articulation supplémentaire, extérieure à la vraie jointure, produisent des troubles fonctionnels presque semblables, à première vue, à ceux qui sont déterminés par les lésions intra-articulaires.

Ces périarthrites sont, généralement, d'origine traumatique, et s'observent à la suite de contusions, de luxations ou de fractures du voisinage ; mais parfois, il s'agit de lésions spontanées, de nature inflammatoire, développées dans la bourse sous-deltoïdienne.

Quelques autopsies ont permis de constater qu'il n'existait aucune altération de la jointure, alors que la bourse sous-acromio-coracoïdienne et sous-deltoïdienne avait complètement disparu et se trouvait remplacée par des brides fibreuses extrêmement denses, unissant la tête humérale à la voûte acromio-coracoïdienne et à la face profonde du deltoïde. Ces brides fibreuses peuvent englober des branches nerveuses ou même des troncs du plexus brachial, donnant lieu à de la névrite et à des symptômes douloureux et même trophiques. En clinique, cette affection extra-articulaire se diagnostique de la façon suivante :

L'absence de toute lésion articulaire appréciable, actuelle ou extérieure, ayant été constatée, on remarque que les douleurs spontanées, si fréquentes dans l'arthrite, sont très rares dans ce cas.

Les douleurs à la pression ne sont pas localisées aux points accessibles de la jointure, comme dans l'arthrite. Là ces points sont indolents, mais, en revanche, on peut provoquer de la douleur à la pression, immédiatement au-desssus de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, ainsi qu'au niveau des insertions humérales du deltoïde.

Dans la périarthrite, tous les mouvements provoqués peuvent se faire sans la moindre douleur jusqu'à une certaine limite, qui reste constamment la même. Au delà de cette limite, il existe un obstacle matériel provoquant de la douleur dès qu'on cherche à le vaincre.

Les troubles fonctionnels sont aussi très différents.

Dans l'arthrite, tout mouvement de l'humérus entraine plus ou moins l'omoplate.

Dans la périarthrite, au contraire, tous les mouvements se font d'une façon absolument normale, sans participation de l'omoplate, tant qu'on ne dépasse pas une certaine limite qui, pour l'abduction, est ordinairement marquée par l'écart de l'humérus à 45 degrés.

Le pronostic est grave si on abandonne la maladie à elle-même, les adhérences ne faisant, avec le temps, que devenir plus serrées et plus résistantes.

Le traitement sera l'immobilisation et les résolutifs locaux, exclusivement au début et dans la période aiguë douloureuse.

Dès que les phénomènes d'acuité sont passés, on aura recours au massage, aux mouvements provoqués, à la gymnastique, aux douches et à l'électrisation.

A la période chronique, quand il existe une raideur constituant une pseudo-ankylose et résistant à la thérapeutique précédente, il faut procéder à la rupture brusque et forcée des adhérences, avec anesthésie.

— Nous trouvons dans la *Société clinique de Londres* du 8 mai 1896, une observation très curieuse de **section et de suture immédiate du nerf vague gauche.**

Voici les faits : M. Makins, en enlevant une tumeur épithéliale secondaire siégeant au niveau du cou, a coupé le pneumo-gastrique gauche immédiatement au-dessus du milieu de sa portion cervicale ; il en a fait immédiatement la suture. Il n'y eut pas d'autres symptômes que la paralysie des muscles innervés par le récurrent. Mais les troubles de la voix diminuèrent rapidement; peu de temps après, la voix redevint normale, présentant, de temps en temps, un léger degré de raucité. La suture a permis le raccord des fibres commandant aux adducteurs, mais n'a pas amené celui des fibres commandant aux abducteurs. Cela montre bien qu'on peut, dans les cas de nécessité, comme le prouve Roswell-Park, couper le pneumo-gastrique, et compter sur le rétablissement de ses fonctions si on pratique la suture immédiate.

M. Semon fait remarquer que l'on sait que dans les lésions progressives des nerfs laryngés, les abducteurs sont paralysés les premiers; or, ce cas nous montre que, quand les fibres des adducteurs et des abducteurs sont lésées, s'il survient une amélioration partielle, les adducteurs recouvrent les premiers leurs fonctions.

— Nous trouvons, dans la *Riforma medica*, une étude de M. Sbrana sur le **Traitement du tétanos traumatique par des injections hypodermiques d'acide phénique, d'après la méthode de Baccelli.** Voici l'observation :

Un homme de vingt-cinq ans se blesse contre une pierre l'orteil du pied gauche. Sur le conseil d'un camarade, il enveloppe la partie blessée avec de la toile d'araignée et la recouvre de terre. Deux ou trois jours après, commençant à ressentir des douleurs, il enlève la toile d'araignée, et voit que la plaie a pris un mauvais aspect. Il lave alors sa plaie avec de l'urine et la recouvre de chaux. Douze jours après, le blessé s'aperçoit qu'il a une certaine diffi-

culté pour marcher, et que l'orteil blessé, ainsi que le pied tout entier, sont criblés de petites piqûres. Ces phénomènes s'accentuent et, trois jours après, se déclare un tétanos traumatique caractérisé : trismus complet, rire sardonique, dysphagie, troubles de la respiration et de la parole, épistotonos et rigidité complète des muscles du dos et des extrémités.

Le soir même, M. Sbrana pratique une injection d'acide phénique à 2 % à la base de l'orteil blessé, et, le lendemain, il résèque la phalange nécrosée. Il continue à faire des injections d'acide phénique, au nombre de trois par jour. Trois jours après l'opération, la température revient à la normale et les symptômes du tétanos se modifient favorablement; le malade peut ouvrir la bouche, de façon à y laisser pénétrer facilement l'index. Enfin, après seize jours de traitement, le malade est guéri.

M. Sbrana fait remarquer que, dans ce cas, l'infection provenait de la terre; quant à l'agent de transmission, c'était évidemment la toile d'araignée dont on avait conseillé au malade de recouvrir l'orteil blessé. Quant à l'action des injections hypodermiques d'acide phénique, elle est certaine, bien que, dans ce cas particulier, on ne puisse, d'après Sbrana, négliger l'influence curative de la rapide résection de la phalange malade.

— Reproduisons, d'après la *Presse médicale* du 25 mai 1896, deux faits d'**appendicite expérimentale** dus à M. le Dr G. de Rouville.

Ce chirurgien a lié, chez deux lapins, l'appendice iléo-cœcal à la base; la ligature a été faite aux fils de soie aseptique.

De ces deux lapins, l'un s'est parfaitement porté pendant quinze jours; le matin du quinzième, il était mort. A l'autopsie, les anses intestinales apparaissent très vascularisées, le péritoine est enflammé dans sa totalité et recouvert de dépôts purulents; autour de l'appendice existent des adhérences péritonéales, limitant des poches périappendiculaires pleines de pus. L'appendice, très augmenté de volume, a une coloration jaunâtre; ses parois amincies sont flasques et légèrement distendues par une collection purulente; en le comprimant légèrement, on détermine la sortie du pus par un orifice anormal, arrondi, à bords déchiquetés et offrant les dimensions d'une tête d'épingle, qui siège à 3 millimètres environ au-dessous de la ligature, sur la paroi droite de l'appendice.

Le deuxième lapin se portait fort bien lorsqu'il fut sacrifié, dix-huit jours après l'opération. La paroi abdominale est le siège, au niveau de la cicatrice opératoire, d'un volumineux abcès, sans rapport avec l'appendice, et que l'examen bactériologique du pus m'a montré être un abcès à streptocoques. L'appendice a doublé de volume, et se présente sous l'aspect d'une poche jaunâtre, très fortement distendue par un liquide purulent. Cette poche est facilement isolable des anses intestinales voisines; il n'existe autour d'elle aucune trace d'inflammation. Après cautérisation superficielle, je pratique une ponction de l'appendice avec la pointe du thermocautère, et j'aspire du pus dans une pipette stérilisée. L'examen bactériologique démontre l'existence, dans ce pus, du coli-bacille, et d'un autre bacille très grêle et beaucoup plus long que ce dernier; mais le coli-bacille domine et se trouve en très grande abondance; il est, de plus, extrêmement virulent : 1 centimètre cube de culture injectée à un lapin, le tue en quelques heures.

Ces deux faits expérimentaux sont intéressants.

Le premier fait assister à l'évolution trop fréquente de l'appendicite chez l'homme, terminée par gangrène, perforation de l'appendice, abcès périappendiculaire, et péritonite généralisée; la perforation s'est ici produite, en l'absence de tout calcul dans l'appendice, et en dehors de toute blessure vasculaire pendant l'opération.

Le second montre que si les lésions infectieuses peuvent, dans certains cas, rester longtemps localisées au niveau de l'appendice, ce dernier n'en constitue pas moins un foyer d'infection de virulence extrême, point de départ possible d'accidents formidables, qu'une intervention chirurgicale, pratiquée en temps opportun, permettra seule d'éviter.

Ces deux faits parlent dans le même sens que celui récemment rapporté par MM. Roger et Josué, et viennent, comme ce dernier, à l'appui de la théorie de l'appendicite par cavité close, soutenue par le professeur Dieulafoy.

— Terminons par quelques considérations prises dans une thèse de la Faculté de Paris (1895), sur le **signe d'Hegar**. M. Catunéanu nous décrit ce signe peu connu en France, mais possédant en Allemagne et en Amérique une importance réelle dans le diagnostic de la grossesse au début. Ce signe est perçu par le palper combiné au toucher vaginal ou rectal; il permet de comprimer entre les deux mains exploratrices une région mince, ramollie, située au-dessus de la portion vaginale du col utérin, entre le col utérin et le corps; il semble à l'observateur que ses deux doigts ne sont plus séparés que par une couche très mince qui, dans certains cas, a l'épaisseur d'une carte à jour. La partie de l'utérus ainsi comprimée est celle qui contribue à former le segment inférieur de l'utérus à terme.

Ce signe peut être d'une grande utilité pour reconnaître une grossesse ou surtout pour en éliminer l'existence; sa recherche exigera quelquefois l'em-

ploi de l'anesthésie, mais il n'est pas nécessaire d'un sens tactile perfectionné ou d'une dextérité extraordinaire pour le découvrir. Au-dessus du col plus dur plus et étroit, on sentira la mollesse et la compressibilité du segment inférieur plus large. Cette mollesse et cette compressibilité sont plus prononcées vers le milieu de cette région que sur les côtés.

Cette sensation est obtenue, si l'utérus est en antéversion, en portant le doigt vaginal dans le cul-de-sac antérieur contre la paroi utérine. Dans le cas de rétrodéviation, la main abdominale, plongeant dans le bassin en arrière de la symphyse pubienne, rencontre le doigt vaginal situé en arrière du col dans le cul-de-sac postérieur, sur la paroi postérieure de l'utérus.

L'examen est encore plus précis par la voie rectale. L'insertion des ligaments sacrés à l'utérus est un excellent point de repère; c'est immédiatement à côté et au-dessus d'elle qu'on doit rechercher le point ramolli et dépressible. Il faudra donc rechercher ce signe dans les cas si nombreux où on peut avoir affaire à une grossesse.

MÉDECINE

Traitements de la coqueluche.

La coqueluche est probablement due à un microbe spécifique qui engendre un catarrhe particulier des premières voies.

Pour Marfan, elle n'a pas de traitement spécifique, et aucun traitement ne raccourcit beaucoup la période spasmodique qui dure au moins un mois.

La médication symptomatique doit répondre à deux indications :

1° Prévenir l'infection secondaire des bronches ;

2° Diminuer l'intensité et le nombre des quintes de toux.

L'infection bronchique peut se faire par *a* contagion ou *b* auto-infection :

a). Isolement individuel, précautions prises par les personnes approchant le malade ;

b). Antisepsie des premières voies respiratoires.

On a vanté tous les nervins. Marfan a conseillé d'abord l'antipyrine, ensuite la belladone quand le premier échouait.

On a ordonné le tussol (amygdalate d'antipyrine), l'antispasmine (combinaison d'une molécule de narcéine sodique et de trois molécules de salicylate), le bromoforme.

Ce dernier est un liquide limpide, odeur agréable, qui s'altère vite à la lumière; il est bien soluble dans l'alcool et la glycérine. A doses faibles, il est plus excitant que calmant.

Il le faut rectifié, sinon il est irritant.

Steep l'employa le premier (*Allgem, Mediz-Central*, 1889, n° 62). Dans 70 cas, ce médecin obtint d'excellents résultats ; le médicament diminua rapidement le nombre des quintes, et les complications broncho-pulmonaires furent moins fréquentes.

Marfan l'a employé dans une quarantaine de cas et le regarde comme supérieur à l'antipyrine et à la belladone.

Il conseille la formule suivante, établie par Radais :

Bromoforme..................	48	gouttes.
Huile d'amandes douces.......	20	grammes.
Gomme adragante..............	2	—
— arabique..............	4	—
Eau de laurier cerise..........	4	—
Eau, q. s. pour faire...........	12	—

Mélangez d'abord le chloroforme et l'huile, et agitez fortement, puis ajoutez le reste.

Une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

Au-dessous de cinq ans, Marfan prescrit, au début, autant de fois quatre gouttes par jour que l'enfant a d'années; de cinq à dix ans, vingt gouttes au début.

On doit augmenter progressivement ces doses initiales de deux à quatre gouttes par jour jusqu'à doubler ; on peut, du reste, aller plus loin en surveillant.

Au-dessous d'un an, Théodore déconseille le bromoforme. Steep le prescrit à tout âge, Marfan l'a donné sans inconvénient à un enfant de sept mois. Au-dessous de six mois, il conseille de commencer par deux à trois gouttes; de six mois à un an, par trois-quatre gouttes.

Dans tous les cas, il faut fractionner la dose en trois prises.

Assez souvent, il semble se produire une aggravation pendant les premiers jours; les quintes sont plus nombreuses. A partir du troisième-quatrième jour, le nombre des quintes diminuent; les vomissements disparaissent, l'appétit revient.

Contrairement à Steep, Marfan n'a pas constaté de raccourcissement de la période spasmodique.

On réussit d'autant mieux que la médication est plus près du début.

Le médicament peut échouer; dans trois cas de Marfan, on a dû le remplacer par l'antipyrine, qui a réussi. Les accidents sont très rares (1).

— Raubitschek a employé le sublimé dans quatorze cas de coqueluche; il dit obtenir soit une guérison, soit une amélioration très notable, en huit à seize jours. On doit toucher, avec un tampon ou un

(1) *Revue des mal. de l'enf.*, 1896, 3.

pinceau trempé dans une solution de sublimé à 1 °/₀₀, la paroi postérieure de la langue, l'épiglotte et la muqueuse environnante; on essuie le pinceau, en le retirant, contre les amygdales, la luette et le voile du palais, le tout en une fois. Dans les cas graves, il faut faire un attouchement toutes les vingt-quatre heures; dans les cas légers, un tous les deux jours. On n'a pas à craindre d'intoxication (1).

— De Chateaubourg, il y a déjà quelque temps, a conseillé les injections de gaïacol et d'eucalyptol. Chaque jour une injection de 2cc 1/2 d'une solution de gaïacol et d'eucalyptol à 10 °/₀ dans l'huile stérilisée. Les symptômes s'amoindrissent très rapidement, l'appétit revient (2).

— Vorgos a employé le phénocolle chez 42 coquelucheux. Il donne de 0,7 à 2 grammes par jour selon l'âge des enfants. Jamais le médicament ne provoque de diarrhée ni de vomissements; il apparaît dans les urines vingt minutes après l'administration et son élimination continue longtemps. Le phénocolle aurait une influence heureuse sur l'intensité et le nombre des crises (3).

— Stos, a vanté l'antispasmine, surtout chez les enfants de moins de un an. L'intensité, le nombre des accès diminuent très rapidement, parfois le nombre seul est influencé. La dose au-dessous de un an est de 0,01 à 0,015, trois ou quatre fois par jour; jusqu'à trois ans, de 0,02; au-dessus de trois ans, de 0,04. On donne le médicament en solution aqueuse à 2 °/₀, 10 grammes correspondant à 0,02 d'antispasmine (4).

— Pestalozza, C. Cœlli, P. Bolognini ont employé la vaccination pour le traitement de la coqueluche. D'après Bolognini, si la vaccination est pratiquée assez tôt, dès le début de la maladie, elle diminue le nombre et l'intensité des quintes et accélère la guérison. L'amélioration qui apparaît au bout de une à deux semaines est souvent précédée d'une aggravation passagère des symptômes (5).

— Kéláiditdes inocule des chiens sous la peau ou dans une veine avec les sécrétions bronchiques et nasales de sujets atteints de coqueluche; après guérison de l'animal, il dit avoir un sérum préventif et curateur. La dose de sérum varie de 5 à 20cc selon l'âge de l'enfant; souvent il est besoin de la répéter à un ou deux jours d'intervalle pour obtenir la guérison complète.

— L'oubaïne a été employée en Angleterre. On se sert d'une solution mère, dont la formule est la suivante :

Ouabaïne	0,06 centigr.
Eau distillée	50 grammes.

Puis on prépare la solution suivante :

Solution mère d'ouabaïne	XVIII gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 grammes.
Eau distillée	150 —

C'est un médicament dangereux (Comby).

Quand il y a des vomissements incoercibles et que le malade doit être relevé, excité, Comby conseille l'usage du café et de la caféine. Voici deux formules dues à Cadet de Gassicourt :

Valérianate de caféine	1 gr. 50
Eau-de-vie	20 grammes.
Sirop de café	250 —

Deux à quatre cuillerées à café, suivant l'âge.

Valérianate de caféine	0,40 centigr.
Sucre pulvérisé	4 grammes.

Faire vingt-quatre paquets : deux à trois par jour.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 12 avril 1896.
(2) *Méd. méd.*, 1894, p. 1614.
(3) *Therap. Wochs*, 1896, n° 1.
(4) *Journal de clinique infantile*, 1896, n° 20 p. 419.
(5) *Sem. méd.*, 1895, t. I.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1896

M. Weill a récemment observé un cas de *myosite ossifiante progressive*, et il vient en communiquer l'observation à l'Académie.

Le malade a trente ans; l'affection a débuté il y a onze ans par des symptômes généraux : fièvre, vomissements, douleurs intenses, avec tuméfaction considérable du membre supérieur droit et de la partie supérieure droite du corps. Après la disparition de ces phénomènes aigus, on constata que toutes les parties atteintes étaient devenues dures, rigides. Les années suivantes, les mêmes symptômes aigus apparurent de nouveau, envahissant progressivement tout le côté droit. Puis le côté gauche fut atteint à son tour. Tous les ans, au printemps, un nouvel accès se produisait. Depuis quatre ans, toutefois, il n'y avait pas eu de poussée aigue, lorsque, il y a quelques mois, les phénomènes généraux se montrèrent encore.

Actuellement, le malade est dans l'état suivant : la station debout et la marche sont possibles : le tronc est fortement incliné à droite et en avant; ankylose des articulations de la tête avec la colonne vertébrale, ankylose des mâchoires, des épaules, du coude droit, de l'articulation coxo-fémorale droite, du genou et de l'articulation tibiotarsienne gauches.

Les muscles du dos, les triceps brachiaux, etc., sont ossifiés. L'état général du malade est néanmoins excellent.

— M. Guépin communique ensuite la note suivante, sur les *douleurs vésicales des prostatiques*.

« La douleur est le phénomène qui inquiète surtout le prostatique; la connaissance de ses rapports avec les autres symptômes de l'hypertrophie sénile de la prostate, et, par conséquent de ses causes, fournit des indications térapeutiques.

« La douleur ne se montre que tardivement à la première période (période latente) de la maladie. A la seconde période (période d'excitation vésicale), elle apparaît à propos de chaque miction, avec une intensité variable suivant les sujets, et graduellement croissante jusqu'à la rétention d'urine douloureuse. Puis, après l'évacuation de la vessie par la sonde, les besoins pathologiques impuissants se montrent parfois de nouveau.

« Dans toutes ces circonstances, on est en présence d'un spasme vésico-urétral, dont l'existence est prouvée par la palpation de la vessie tendue et par le cathétérisme.

« D'où, à toute période des accidents de la prostate sénile, la nécessité de prévenir les phénomènes d'excitation vésico-uréthrale ; au début, en cherchant à obtenir le dégonflement prostatique par les moyens décongestifs, tels que les purgatifs, la saignée locale, etc., et ceux qui agissent sur la stagnation des sécrétions dans les culs-de-sac glandulaires prostatiques, d'une façon directe (compression de la prostate, Reliquet), et d'une façon indirecte (suppression des causes de spasme de l'urèthre profond (A. Guépin, Soc. de Biol., 19 janvier 1896).

« A la période d'excitation, la sonde à demeure doit être associée aux soins précédents (Académie de Médecine, 15 avril 1896).

« Si l'état douloureux s'aggrave, chose rare quand toutes les précautions ont été prises (car il tient alors à une infection prostatique aiguë), il ne reste à tenter que la cystotomie. »

— M. Nicaise lit un rapport sur un travail de M. Delbet, ayant trait au *traitement des kystes hydatiques du foie* communiquant avec les voies biliaires.

— Voici la liste de présentation des candidats au titre de correspondants étrangers (physique et chimie) :

1re ligne : M. Bunge (Bâle).
2e — M. Schmereberg (Strasbourg).
3e — M. Ichoer (Strasbourg).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la *lithiase vésiculaire* a pris fin dans la dernière séance, et M. Tuffier, qui l'a provoquée, se félicite de l'avoir fait, car ainsi on a pu rassembler 42 cas de cette affection, et avoir l'opinion d'un grand nombre de chirurgiens sur cette question. Mais il lui faut répondre, et tout d'abord il s'occupera du diagnostic.

Deux cas se présentent : il y a tumeur ou non. Quand il n'y a pas tuméfaction, la diagnose sera plus difficile, et il faudra alors s'en rapporter aux douleurs. Encore faut-il savoir que lorsque le foie est très gros, la vésicule peut descendre et être prise pour une appendicite. M. Tuffier en cite un cas.

Le gros diagnostic est à faire avec la tumeur rénale, mais là encore a-t-on des moyens d'arriver, décrits dans les livres classiques.

Le cas véritablement difficile est lorsqu'il y a lithiase vésiculaire et rein mobile en même temps. Ici, il est souvent impossible de séparer ce qui appartient au foie de ce qui a trait au rein.

M. Tuffier cite, entre temps, un cas de grossesse extra-utérine qu'il a rencontrée à la place de la vésicule.

Il est fâcheux qu'on ne puisse arriver à se rendre compte du point d'infection du réservoir de la bile ; car il y aurait grand intérêt à le savoir, au point de vue du mode d'intervention.

Passant ensuite à la thérapeutique, M. Tuffier commence par établir que la cholécystostomie idéale est à rejeter ; c'est l'avis de tous les chirurgiens. Un second point a trait à la cure des fistules biliaires, et ici il est encore reconnu qu'il ne faut pas s'empresser de les fermer, mais savoir attendre.

Deux opérations restent en présence : la *cholécystectomie* et la *cholécystostomie*. Eh bien, l'extirpation de la vésicule s'impose quand elle est facile, lorsque le réservoir n'est pas infecté, et lorsqu'il y a perméabilité du canal cholédoque.

Dans ces cholécystectomies, M. Tuffier préfère enlever la vésicule sans l'ouvrir.

En dehors de ces indications, c'est la cholécystostomie qu'il préfère, en suturant, bien entendu, la vésicule à la paroi, mais pas à la peau.

Si on compare ces deux interventions, il faut d'abord examiner leur bénignité ; mais la chose est très difficile, car les cas ne sont pas comparables, à cause de l'infection de la vésicule et du mauvais état général.

De plus, on réserve les bons cas pour la cholécystectomie, et on opère les mauvais par la cholécystostomie ; on ne peut donc juger la question d'après le taux de la mortalité.

Si l'on prend la difficulté de l'opération, il est certain que lorsqu'il y a des adhérences, lorsque la vésicule est rétractée, il est difficile de la suturer ; mais la chose est alors inutile, car il suffit de faire un trajet dans les adhérences, et, dans ces cas, la cholécystectomie serait tout aussi difficile.

Quant aux résultats, ils dépendent des fistules biliaires consécutives. Avec la cholécystectomie, peut-on les éviter, en faisant, par exemple, plusieurs ligatures, comme le veut M. Michaux ? Eh bien ! si la vésicule est infectée, les ligatures même multiples manqueront, et la fistule se fera. Cette fistule ne peut, du reste, ne pas arriver quand il y a une lésion oblitérante des canaux biliaires.

Du reste, cette fistule a-t-elle tous les inconvénients qu'on lui prête ? Mais, pas toujours. C'est quelquefois une soupape de sûreté, et on a cité des observations où des calculs ont été émis les jours suivants ; de plus, s'il y a infection du foie, cette fistule sert de décharge, et elle est un bénéfice pour le malade. Une fois les microbes évacués, quand la bile arrive à être stérile, la fistule se ferme.

Quant à la récidive, il est certain que c'est dans la vésicule que se forment les calculs, et alors il est logique de l'extirper pour qu'elle n'en produise pas d'autres ; mais il faut savoir que des calculs biliaires peuvent aussi se former ailleurs, et M. Tuffier a en vain recherché des observations dans lesquelles, après cholécystostomie, il y avait eu récidive.

— M. Chauvel fait ensuite un rapport sur un cas d'*adhérence du péritoine à la vessie*. Il s'agit d'une observation de corps étranger de la vessie qui avait nécessité une taille sus-pubienne.

— Un deuxième cas de M. Boppe (d'Alger) a trait à un malade atteint d'*abcès du cerveau* consécutif à une otite moyenne. La trépanation fut pratiquée sur la ligne rolandique, mais une ponction de la dure-mère ne donna rien. Une seconde trépanation fut alors pratiquée en lace du lobe temporal, mais on ne trouva point de pus.

Trois jours après, le malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva profondément un abcès gros comme un œuf de pigeon, situé dans le lobe temporal.

— M. Courtin (de Bordeaux), fait une communication intitulée : *Hernie du cœcum, résection de l'anse iléocolique par entérorraphie*.

— M. Reclus rapporte une nouvelle observation de *phlegmon ligneux du cou.*

Il s'agit d'un porteur aux Halles, de bonne constitution, qui vit tout à coup apparaître une tuméfaction dans la région antérieure du cou. Il y avait eu des symptômes angineux qui durèrent trois mois. A l'examen de M. Reclus, il présentait une plaque indurée allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre, et de l'os hyoïde à la fourchette sternale.

Les symptômes n'avaient aucun caractère inflammatoire aigu; mais il existait une coloration lie de vin et une dureté ligneuse. Le diagnostic de tumeur maligne avait été porté par plusieurs de ses collègues et, malgré cela, M. Reclus fit le diagnostic de phlegmon ligneux. En effet, un abcès se forma qui se cicatrisa, puis d'autres abcès se succédèrent sans que la tumeur se transformât.

L'examen bactériologique avait montré un bacille ressemblant à celui de Lœfler, ce qui donnait des idées au point de vue de la thérapeutique. En effet, l'affection avait débuté par la gorge, et on fit au malade des injections de sérum antidiphtérique qui donnèrent un résultat merveilleux. Au bout d'un mois le malade pouvait quitter l'hôpital.

M. Reclus rapproche cette observation des quatre cas qu'il a déjà décrits et fait remarquer que les symptômes sont identiques. Il y a donc là un phlegmon particulier, parti de la gorge et arrivant par la voie lymphatique au cou. Ce qui le prouverait est l'examen bactériologique et l'efficacité du sérum antidiphtérique.

M. Quénu ne croit pas que ces phlegmons soient spéciaux au cou; il pense plutôt à une infection lente déterminant une barrière scléreuse autour d'un petit foyer. Il a observé deux cas de ce genre autrefois et à l'heure actuelle, M. Quénu a dans son service une malade qui présente un phlegmon ligneux de l'abdomen, phlegmon consécutif à des injections antistreptococciques. Ce phlegmon a l'évolution décrite par M. Reclus, il est supposable, mais il ne pense pas qu'il soit spécifique.

M. Reynier a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre et il a un traitement dans ce moment. Pour sa part, il a trouvé toujours du streptocoque et, ce qui l'a frappé, c'est qu'il a rencontré ce phlegmon chez des individus surmenés ayant une mauvaise constitution et incapable de faire un phlegmon aigu.

M. Reclus a voulu surtout attirer l'attention sur la question clinique; puisque beaucoup de ses collègues ont pris ce phlegmon pour une tumeur maligne. Le cou est-il le seul siége de ce phlegmon? peut-être pas; mais pourtant les symptômes présentés à la région cervicale sont bien particuliers.

Quant à la cachexie, elle est réelle, très nette, chez ce genre de malades.

M. Delbet lit une observation de *cholécystoduodénostomie* qui fera l'objet d'nn rapport de M. Broca.

***

Ordre du jour de la séance du 3 juin 1896

Discussion du rapport de M. Michaux sur la cholédochotomie.

Rapports: 1° Ankylose angulaire du genou, par M. Binaud (de Bordeaux), rapportée par M. Picqué; 2° fibromes récidivants d'origine traumatique, par M. Audoin.

Communication. — Traitement du cancer du rectum, par M. Chaput.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1896

M. Mathieu présente, en son nom et au nom de M. Richard, interne en pharmacie, une très intéressante étude sur une question encore fort obscure et à propos de laquelle les traités de pathologie restent muets, celle du *sable intestinal*. Cette expression est due à M. Laboulbène, qui publia, en 1873, un mémoire sur cette question. M. Laboulbène faisait remarquer que le sable intestinal renfermait toujours des particules de silice, autour desquels se concrétaient des sels calcaires; une alimentation trop exclusivement végétale fournirait à la fois ces deux sortes d'éléments.

M. Mathieu a observé deux nouveaux cas de sable intestinal chez deux femmes âgées de vingt-huit et de cinquante-deux ans, et atteintes toutes deux d'entérite muco-membraneuse.

Dans le premier cas, le sable se présentait sous forme de grains jaunes assez réguliers de 1/4 à 1/2 millimètre de diamètre, et étaient ainsi composés : matière organique, 46 %; phosphate tricalcique, 47 %; enfin, carbonate de chaux et matières minérales diverses.

Dans le second cas, les grains étaient beaucoup plus volumineux, ce qui était dû probablement à l'agglomération de plusieurs grains, et ainsi composés : matière organique, 31 %; phosphate tricalcique, 61 %; enfin, carbonate de chaux et matières minérales diverses.

Les recherches que M. Mathieu a faites à propos de ces deux cas lui ont montré la coïncidence fréquente du sable intestinal avec l'entérite muco-membraneuse. Il est donc logique de se demander s'il n'y a pas là une relation de cause à effet.

La composition chimique de ces concrétions présente toujours une remarquable analogie; ce qui y prédomine, ce sont les sels de chaux et principalement le phosphate. On retrouve d'ailleurs cette même composition dans les calculs appendiculaires, auxquels M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production de l'appendicite, dans les gros calculs de l'intestin, et aussi dans les calculs des amygdales, des fosses nasales, des bronches.

Ces diverses concrétions peuvent-elles être considérées comme des productions diathésiques, à la façon de certains calculs des voies biliaires et des voies urinaires?

Il faut remarquer, tout d'abord, que les calculs biliaires et urinaires que l'on considère comme diathésiques n'ont pas le phosphate de chaux comme base. Les calculs primaires sont formés d'acide urique ou d'urates et d'oxalates pour les voies urinaires, par les matières colorantes de la bile ou par la cholestérine pour les voies biliaires. Les calculs secondaires ne se forment que lorsqu'il survient une vive inflammation de la muqueuse qui tapisse les réservoirs urinaires et biliaires.

On peut se représenter comment se constituent les concrétions intestinales lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse, c'est-à-dire une desquamation cellulaire abondante et une sécrétion très riche en mucus. Du reste, d'après l'étude microscopique des mucosités et des membranes de l'entérite muco-membraneuse, récemment faite par Sven-Akerlund, on y trouverait des cristaux de phosphate de chaux. La production de sable à base de phosphate de chaux ne serait peut-être que l'exagération d'un processus normal. En effet, Robert et W. Koch ont vu se produire des concrétions à base de magnésie et de chaux dans les détritus épithéliaux accumulés dans la partie du gros intestin situé au-dessus d'un anus contre nature.

Pour que des concrétions, assez volumineuses pour constituer des grains de sable multiples, puissent prendre naissance il faut admettre :

1° Un rapport anormal de sels calcaires, ce qu'expliquerait bien la desquamation et la sécrétion muqueuse exagérées par le fait de l'inflammation; 2° une véritable stase de ces produits, ce qui réalise la constipation habituelle dans ces conditions.

La production de la chaux, qui incruste volontiers les divers amas de cellules en voie de nécrobiose, n'est pas l'apanage d'un organe.

Est-elle la conséquence d'une modalité particulière de la vitalité de l'organisme entier, d'un état diathésique en d'autres termes ? Cela n'est pas démontré.

La lithiase appendiculaire à laquelle M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production des accidents de l'appendicite doit être, d'après ce qui précède, la conséquence d'une inflammation antérieure de l'appendice. Si elle est d'origine diathésique, ce n'est qu'indirectement, parce que certaines personnes ont une prédisposition particulière, congénitale et familiale, à l'inflammation de ce diverticule de l'intestin.

M. Mathieu appelle l'attention sur un point intéressant, relativement au diagnostic différentiel. Dans le premier des deux cas, on avait porté le diagnostic de coliques hépatiques. La colite muco-membraneuse donne parfois lieu, en effet, à des douleurs paroxystiques qui, lorsqu'elles siègent immédiatement au-dessous du foie, peuvent simuler la colique hépatique fruste. Cependant, dans ces conditions, il ne survient pas d'ictère, et l'analyse des concrétions rejetéespar l'intestin montre qu'elles ne renferment ni matière colorante de la bile ni cholestérine.

Le diagnostic n'est pas sans importance pour les indications thérapeutiques. Il n'est pas démontré, en effet, par exemple, que la cure à Vichy, si utile en cas de lithiase biliaire, soit aussi bienfaisante lorsqu'il s'agit de la lithiase intestinale.

M. Hayem a observé plusieurs faits de sable intestinal, presque toujours chez des femmes; cette production de sable s'accompagnait souvent de douleurs simulant les accès de coliques hépatiques.

— M. Dalché a observé récemment un cas d'*empoisonnement par l'acide pyrogallique*. Un jeune homme de vingt-trois ans, ayant absorbé 15 grammes d'acide pyrogallique, fut pris immédiatement après d'une sensation de brûlure à l'estomac, de nausées, de vomissements noirs. Les jours suivants apparut une teinte sub-ictérique, le foie et la rate devinrent volumineux, la température s'éleva à 38°9; les urines étaient presque noires et renfermaient 2 gr. 75 d'albumine par litre, de la méthémoglobine et de l'oxyhémoglobine.

Le malade mourut trois jours après l'absorption de l'acide pyrogallique.

A l'autopsie, on trouva la rate volumineuse, le foie d'apparence jaunâtre. Les reins étaient noirâtres ; les tubes et les cavités glomérulaires comblés par des sphères réfringentes contenant des sels de fer. Dans l'épithélium des tubes contournés et des branches ascendantes de Henle, on ne constatait pas de poussière pigmentaire donnant la réaction ferrugineuse, ce qui fait différer ici les lésions rénales de celles que l'on observe dans les hémoglobinuries en général.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Suite et fin (1).

L'antisepsie actuelle permet de pratiquer aux diabétiques beaucoup d'opérations. Cependant, il est hors de doute que, chez les diabétiques, les opérations sont plus exposées aux suppurations que chez les sujets non glycosuriques. Chez les sujets en état de streptococcie, on peut utiliser préventivement le sérum de Marmorek, lors des opérations qui exigent, plus spécialement, une réunion, sans suppuration, de la plaie opératoire. Telle est l'extraction de la catarsite, que M. Boucheron a pratiquée avec un plein succès dans ces conditions.

— Dans un cas de pneumonie typhoïde, M. G. Carrière a trouvé dans l'intérieur même des cellules nerveuses, quelques diplocoques, les uns encapsulés, les autres sans capsules. Autour de ces microbes, le protoplasme semblait s'être raréfié. Peut-être était-ce à leur présence au sein des cellules qu'était due l'abolition des réflexes rotuliens et abdominaux constatée pendant la vie chez le malade.

— M. Peré a montré que certains coli-bacilles, possédant les mêmes caractères extérieurs et des propriétés biologiques communes, se distinguent les uns des autres par la constitution moléculaire différente des acides lactiques qu'ils forment. Il en est ainsi pour le côté bacille du nourrisson et celui de l'adulte. Le premier donne de l'acide lactique droit et le second de l'acide lactique gauche. Très rapidement, du reste, le tube digestif de l'enfant ne contient plus qu'un bacille identique à celui de l'adulte. Il doit y avoir simple transformation du microbe originel.

— M. J. Babinsky a observé, dans plusieurs cas d'hémiplégie et de monoplégie bronchiale due à une lésion de l'encéphale, un relâchement des muscles qui se manifeste par la possibilité de faire exécuter aux membres paralysés certains mouvements passifs d'une étendue plus grande qu'aux membres du côté sain. Voici, d'une manière plus précise, en quoi consiste le phénomène en question : quand on imprime à l'avant-bras placé en supination un mouvement passif de flexion sur le bras et qu'on cherche à appliquer ainsi ces deux segments du membre supérieur l'un sur l'autre aussi fortement qu'il est possible de le faire sans provoquer de douleur et en déployant de part et d'autre la même énergie, on constate, en comparant les deux côtés l'un à l'autre, que le degré de flexion est plus grand du côté paralysé. M. Babinsky a constaté ce phénomène sur des hémiplégiques récents et anciens. Le trouble lui parait de même ordre que l'abaissement de la commissure labiale que l'on a observé dans l'hémiplégie organique; il est dû sans doute à un affaiblissement dans la tonicité des muscles. Dans les divers cas d'hémiplégie hystérique que M. Babinsky a observés depuis que son attention est dirigée dans ce sens, le phénomène a fait défaut, et il est porté à croire que c'est là un signe qui peut servir à distinguer l'hémiplégie et la monoplégie brachiale organiques de l'hémiplégie et de la monoplégie brachiale hystériques.

— M. Lorrain a recherché les variations de la pression intra-pleurale dans divers cas de pneumo-thorax, et il a a pu se convaincre que, dans le pneumo-thorax à soupape, l'air pénètre dans la cavité pleurale au moment de l'expiration et non pas dans l'inspiration, comme l'admettent la plupart des auteurs classiques. Déjà M. Bouveret a attiré l'attention sur ce point et montré que l'entrée de l'air dans

(1) Voir le numéro précédent.

la plèvre est impossible pendant l'inspiration. Dans deux cas de pneumo-thorax à soupape, M. Lorrain a trouvé que la pression intra-pleurale était positive, c'est-à-dire supérieure à la pression atmosphérique, même pendant l'inspiration, ce qui prouve que dans ces deux cas l'air ne pouvait pénétrer dans la plèvre que lorsqu'il possédait une tension supérieure à la pression atmosphérique, c'est-à-dire pendant l'inspiration.

Le diagnostic du pneumo-thorax fermé, ouvert ou à soupape, ne peut se faire par les seuls signes cliniques, mais par la connaissance exacte et précise de la pression intra-pleurale dans l'inspiration et dans l'expiration.

— M. Boucheron, dans le cours de recherches déjà anciennes sur l'uricémie, avait reconnu que l'acide urique se trouve dans la salive de certains sujets en quantité notable et surtout plus considérable que dans la plupart des humeurs. Depuis, l'acide urique a été retrouvé par beaucoup de médecins et on peut dire qu'il existe très fréquemment dans la salive des uricémiques. Il suffit de 1cc de salive ou d'urine et même d'une seule goutte pour pouvoir obtenir la réaction de la murexide. Il faut avoir soin de faire agir, à chaud seulement, les vapeurs d'acide nitrique et d'ammoniaque sur la salive ou l'urine, desséchées à température peu élevée, même à feu nu. L'excès de chaleur, d'acide ou d'ammoniaque, empêche la réaction.

Une particularité intéressante de l'excrétion d'acide urique par la salive, c'est qu'elle se produit en dehors des repas et qu'elle s'interrompt brusquement aussitôt qu'un corps sapide, alimentaire, mis en contact avec la langue, provoque la sécrétion de la salive digestive. Les corps non alimentaires, comme le tabac, n'interrompent pas l'excrétion saliveuse de l'acide urique. La présence de l'acide urique dans la salive est un des meilleurs signes de l'uricémie et un des plus précoces.

— M. Kaufmann a fait d'intéressantes recherches sur l'origine et le mode de formation de la graisse dans l'organisme animal.

Il est arrivé aux résultats suivants :

1° Tous les principes immédiats des aliments sont susceptibles de servir à la formation de la graisse qui s'accumule dans le corps des animaux;

2° Chez les carnassiers, la presque totalité de la graisse emmagasinée provient directement de l'albumine et de la graisse des aliments. Les matières hydrocarbonées sont certainement susceptibles de se transformer directement en graisse; mais elles contribuent surtout à la formation graisseuse par voie indirecte en facilitant énormément la transformation de l'albumine en graisse, et en préservant de l'oxydation la graisse déjà formée et emmagasinée;

3° Les matières hydrocarbonées sont particulièrement propres à fournir l'énergie nécessaire aux besoins immédiats de l'organisme.

Les matières albuminoïdes et les graisses sont, au contraire, propres surtout à fournir l'énergie destinée à être mise en réserve pour les besoins futurs.

Nombre actuel des médecins en France. — Le nombre actuel des médecins en France est de 17,500 environ! Le relevé des décès donne, comme résultat pour chaque année, 450 médecins! Le nombre moyen annuel des nouveaux médecins est de 800! Il faut donc distraire de ce nombre les étrangers qui regagnent leur pays, mettons 150, reste 650 médecins pour 450 postes disponibles! Aussi, depuis dix ans, constate-t-on une augmentation progressive de médecins sur tout le territoire français.

LES LIVRES NOUVEAUX

Formulaire, thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Trousseau. — 1 volume de 820 pages, reliure d'amateur, 2e édition. Paris, 1896. Rueff et Cie, éditeurs.

Cette deuxième édition d'un livre qui s'adresse aux étudiants et aux praticiens a été revue avec soin et considérablement augmentée.

Tel qu'il est actuellement, l'ouvrage forme un guide des plus utiles au chevet du malade; car il donne non seulement l'indication des remèdes les plus employés, mais encore les principaux signes et les particularités cliniques des différentes maladies de l'enfance. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table des matières pour juger du travail que l'auteur s'est imposé pour répondre à tous les desiderata de la pratique médicale des enfants.

***

Traité des maladies de l'enfance, par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Trousseau. — 1 volume de 900 pages, reliure d'amateur, 2e édition. Paris, 1895, Rueff et Cie, éditeurs.

Dans cette seconde édition, parue peu de temps après la première, l'auteur, sans changer le plan d'un ouvrage qui avait obtenu beaucoup de succès, s'est efforcé de le tenir au courant de la science. Après un préambule de physiologie et d'hygiène infantiles, on trouve successivement décrites les *maladies générales infectieuses*, les *maladies générales de la nutrition*, les *maladies des divers organes* (appareil digestif et annexes, appareil respiratoire, système nerveux, appareil circulatoire, voies génito-urinaires, organes des sens, peau, etc.).

Dans son format modeste, ce livre est très complet et embrasse toute la pathologie de l'enfance.

LES MÉDECINS

ET LES COMPAGNIES D'ASSURANCES-ACCIDENTS

On lit dans le *Bulletin officiel des Syndicats médicaux de France* :

« Si l'on peut taxer d'œuvre philanthropique les lourds sacrifices du corps médical en faveur des Sociétés de secours mutuels, comment désigner les concessions ridicules des médecins aux Compagnies d'assurances contre les accidents? Dans le premier cas, le praticien vient en aide à des travailleurs que la maladie rend momentanément nécessiteux; dans le second, il contribue, à ses dépens, à enrichir les actionnaires d'une société financière. Notre naïveté a porté les compagnies à renchérir sur les exigences qu'elles se croient en droit d'avoir. Elles ne proposent plus maintenant de conventions au médecin; elles l'investissent sans discussion, persuadées qu'il sera trop heureux d'accepter des fonctions d'employé mal rétribué. »

Et l'auteur de l'article rapporte le fait de la Compagnie *le Patrimoine* qui alloue ses honoraires : « Au tarif de l'assistance médicale », et continue ainsi :

« Non contente de proposer 2 francs pour les soins nécessités par un accident, la Compagnie *le Patrimoine* offre généreusement et sérieusement aux médecins, pour les opérations, les honoraires du tarif de l'assistance médicale

gratuite; et peut-être se trouve-t-il des confrères assez naïfs pour accepter ces dégradantes conditions? Nous espérons qu'ils ne sont pas nombreux et que le manque de réflexion est alors leur excuse. Il serait, en effet, simplement ridicule de consentir, en faveur des compagnies millionnaires aux mêmes concessions qu'aux bureaux d'assistance. Le médecin, trop souvent victime de la rapacité de certains riches, ne doit pas s'abaisser jusque-là, et il est du devoir des syndicats de protester énergiquement contre de pareilles propositions. Du reste, les Compagnies d'assurances font à ce sujet fausse route. Leur prospérité leur permet d'honorer convenablement leurs médecins, et leur intérêt bien compris consiste même à porter très haut le taux de ces honoraires. Il nous sera facile de démontrer les deux points suivants : 1° la prospérité actuelle des Compagnies d'assurances-accidents rend sans excuse leur parcimonie à l'égard de leurs médecins; 2° l'intérêt véritable de ces compagnies est d'organiser un service médical soigneusement fait et, par conséquent, bien rétribué.

« Le démonstration facile et claire de ces faits conduit aux conclusions suivantes :

« Les compagnies spéculent sur le devoir professionnel du médecin, elles ont tort; il arrivera fatalement un moment où le médecin le plus consciencieux finira par en avoir assez de ce rôle de dupe. Des devoirs, on lui en impose partout; des droits, on ne lui en donne nulle part; il en viendra à établir lui-même l'équilibre et à considérer sa profession comme une industrie à exploiter, comme une propriété à faire valoir. En Amérique, où l'esprit pratique et d'initiative est plus développé, les Compagnies d'assurances comprennent d'une toute autre façon les rapports avec les médecins. Non seulement elles les honorent convenablement, mais elles organisent sous leur direction des services de prompts secours, des hôpitaux. Elles trouvent dans la diminution des journées de travail et dans la rareté des infirmités consécutives eux accidents, des bénéfices autrement considérables que les quelques milliers de francs grattés percimonieusement par nos compagnies françaises sur les honoraires de leurs médecins, tirant ainsi profit de leur naïveté ou de leur misère. »

SOCIÉTÉS DE PRÉVOYANCE MÉDICALE

FONCTIONNANT ACTUELLEMENT

Sans compter *l'Association des Médecins de France*, tous les médecins prudents peuvent, par la mutualité, s'assurer contre la maladie et la misère en entrant dans les Sociétés suivantes :

1° Association médicale mutuelle des Médecins de la Seine (caisse Lagoguey).

En versant 10 francs par mois et autant de francs qu'on a d'années, comme droit d'entrée, le médecin parisien assure 10 francs par jour en cas de maladie.

S'adresser au docteur Rondeau, rue Desbordes-Velmore, Paris.

2° Association amicale des Médecins de France (caisse Cezilly).

Des versements identiques assurent aux médecins de province des avantages semblables.

S'adresser au docteur Cézilly, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

3° Caisse des Retraites des Médecins de France.

Elle assure, après un minimum d'exercice et de versements d'au moins dix ans, une retraite proportionnelle à l'argent versé annuellement ou semestriellement par le sociétaire. La retraite ne se touche qu'à soixante ans et est proportionnelle à l'argent versé.

La femme peut s'assurer une pension aux mêmes conditions que le mari.

S'adresser au docteur Delefosse, secrétaire général, 22, place Saint-Georges, Paris.

4° Société Française des Eaux minérales.

Tout médecin achetant une part de jouissance au prix actuel de 50 fr., ou une action et une part à 163 fr., *a droit*, après quinze ans de service et soixante ans d'âge accomplis, à une retraite qui ne lui a rien coûté que le prix du titre acheté.

La Société donne des retraites depuis trois ans; cette année, cette retraite, fixée à 220 francs, est touchée par 60 sociétaires.

Une *Caisse de secours* vient en aide aux veuves et aux enfants des sociétaires décédés.

Enfin, la Société a une maison de retraite à Bondonneau, près Montélimar (Drôme), où ses membres âgés ou isolés sont logés, soignés et nourris pour 60 fr. par mois.

La Société a sa réserve complète, 72,500 fr., à la Banque de France; sa caisse de secours a 9,275 fr. déposés au Crédit Foncier.

La Caisse de retraite a en fonds inaliénables près de 70,000 fr., déposés à la Société Générale. Le revenu des titres est, en outre, de plus de 5 %.

Envoi des statuts et de la situation de la Société à tout médecin désirant entrer dans les rangs. S'adresser au siége social, 7, rue Choron, Paris.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours du Bureau central (médecine). — Le sujet de la composition écrite a été : Des péritonites chroniques.

Les questions restées dans l'urne étaient :

1° Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic des affections pulmonaires compliquant le diabète.

2° Syphilis du poumon.

La première séance de lecture a eu lieu mardi 26, à la Charité.

Concours des prix de l'Internat. — Sur la demande formulée par l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, l'Administration de l'Assistance publique a pris un arrêté portant qu'à l'avenir, dans le concours des prix de l'internat, l'épreuve dite du mémoire serait jugée la première.

A cet effet, le jury recevra dans les premiers jours du mois de novembre, communication des mémoires déposés par les candidats. Il se réunira de nouveau quarante-huit heures avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires; les points attribués seront communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

Distinctions honoriques. — Le ministre de l'Intérieur a décerné une *médaille de bronze* à M. le Dr Weiss

de Cousances-aux-Forges), en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans cette localité.

— Une *médaille d'argent* de première classe a été décernée à M. le Dr Laurent (de Lille), pour acte de courage et de dévouement.

— Le ministre de la Guerre a décerné une *médaille d'argent* à MM. les Drs Clair, Gachon, Marty, Planty et Ranguedat (médecins des paquebots de la Compagnie des Messageries maritimes), pour soins donnés aux malades rapatriés du corps expéditionnaire de Madagascar.

— Le prince Ferdinand de Bulgarie vient de conférer la croix d'officier du Mérite civil à M. le Dr Mihran Kemlndjan.

Concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'École d'application de service de santé militaire. — Deux concours s'ouvriront à l'École d'application du service de santé militaire : le premier, le 15 novembre 1896, pour deux emplois de professeur agrégé d'anatomie chirurgicale et d'opérations et appareils ; le second, le 1er décembre 1896, pour un emploi de professeur agrégé de législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire.

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à prendre part à ces concours.

Les médecins militaires qui désireraient prendre part à ces concours adresseront au ministre de la Guerre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 31 octobre 1896, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Facultés de médecine. — Par arrêté ministériel du ministre, en date du 1er mai 1896, supprimant l'article 20 de l'arrêté du 20 prairial an XI, à partir de l'année scolaire 1896-1897, le format des thèses de doctorat en médecine sera l'*in-octavo*.

École de médecine de Clermont. — Par arrêté ministériel, en date du 13 mai 1896, un concours s'ouvrira le 16 novembre 1896, devant la Faculté mixte de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Clermont.

École de médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à la dite École.

Un autre concours s'ouvrira, le 9 novembre 1896, devant l'Ecole de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à la dite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Épidémie à l'hôpital de la Roche-Guyon. — Une double épidémie de rougeole et de scarlatine sévit en ce moment à l'hôpital de la Roche-Guyon (Seine-et-Oise), où se trouvent actuellement 80 enfants convalescents des hôpitaux de Paris.

En raison de ces épidémies, le directeur de l'Assistance publique a délégué le Dr A. Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, M. Nielly, chef de division, et M. Richer, directeur de l'hôpital Trousseau, à l'effet de prendre toutes les mesures de prophylaxie nécessaires.

D'un commun accord, le licenciement de l'hôpital de la Roche-Guyon a été immédiatement décidé. Les enfants atteints de la rougeole et de la scarlatine, au nombre de 9, seront soignés sur place.

L'hôpital sera ultérieurement désinfecté, pour être de nouveau ouvert aux convalescents des hôpitaux d'enfants de Paris, vers le 15 juillet.

Épidémie d'Alexandrie. — Malgré les efforts des autorités sanitaires, l'épidémie cholérique d'Alexandrie prend un développement inquiétant.

Le 22 mai, 40 nouveaux cas ont été notifiés avec 22 décès.

Il est à craindre que l'épidémie n'envahisse le reste de l'Égypte, et déjà des cas se sont produits dans les villages qui entourent Alexandrie.

Dans un pays comme l'Égypte, les mesures préventives sont fort difficiles à prendre, d'autant plus que, d'après les journaux anglais, la presse locale invite les populations à s'opposer à ces mesures, en soutenant que la maladie n'est pas le choléra.

Et cependant, dans 136 cas terminés par la mort et étudiés bactériologiquement, le bacille virgule a toujours été constaté. (*Médecine moderne.*)

La goutte au point de vue de l'assurance sur la vie. — Il nous paraît intéressant d'attirer l'attention sur un article du règlement de la *Mutual-Life*.

D'après cet article, tout sujet présentant des antécédents goutteux est impitoyablement exclu de l'assurance.

Cependant, il est bon d'ajouter que M. Marsch, médecin en chef de cette Compagnie, admet quelques exceptions à cette règle ; ce sont : l'absence absolue de toute tare héréditaire ; l'apparition du premier accès après l'âge de trente ans ; le petit nombre des accès, leur bénignité, l'absence de dépôts uriques dans l'urine, l'absence de gravelle et des autres manifestations de la lithiase. (*Presse médicale.*)

Fondations scientifiques et hospitalières de Russie. — Une nouvelle chaire vient d'être ouverte à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, qui sera consacrée à l'étude de la bactériologie pratique et à celle des maladies infectieuses. Le titulaire désigné pour l'occuper est M. S. S. Botkine.

On vient de fonder à Kazan un hospice destiné à recueillir toutes les victimes de l'alcoolisme. Il sera dirigé par M. Darkchewitch.

D'autre part, la Société de tempérance de Moscou aurait chargé M. Korovine de solliciter du Gouvernement, l'autorisation de créer, à Moscou, un établissement hospitalier à l'instar de celui de Kazan. (*Presse médicale.*)

Nécrologie. — MM. les Drs Bachelet (de Lyon), Dunal (de Montpellier), Albert Mallet (de Bordeaux), Emile Raillard (de Dax) et A. Sacré, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Jean.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 23. L'UNION MÉDICALE 6 Juin 1896.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Service de M. le Professeur S. DUPLAY

Hydro-néphrose intermittente infectée — Leçon clinique du professeur S. Duplay (21 févr.er 1896), recueillie par le Dr Clado.

Messieurs, je m'efforce, autant que possible, de choisir pour sujets de mes leçons, des cas pour ainsi dire classiques, de façon à vous fournir des types cliniques à peu près complets. La malade, dont je vais aujourd'hui vous retracer l'histoire, ne rentre pas dans cette catégorie. Le diagnostic de son affection présente certains points assez difficiles à résoudre, et les indications du traitement sont loin d'être précises.

Néanmoins, je veux essayer de vous montrer comment on doit procéder, en pareil cas, pour arriver à formuler un diagnostic et pour décider la nature de l'intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, sans profession, entrée à la salle Notre-Dame (lit n° 1), le 7 décembre 1895.

La malade ne présente rien de bien intéressant dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort tuberculeux à l'âge de trente-deux ans; elle a perdu un frère de la rougeole et sa mère vit encore. A l'âge de quatre ans, elle a eu la scarlatine, qui n'a laissé aucune trace. Régulièrement réglée depuis l'âge de douze ans, la malade a toujours joui d'une bonne santé. La première manifestation pathologique, qui mérite de nous arrêter, remonte à l'époque de sa première grossesse, il y a quinze mois environ. Cette grossesse et l'accouchement se sont passés, du reste, dans des conditions normales, et l'enfant, actuellement âgé de six mois, est bien constitué et d'une bonne santé.

Au cours de la grossesse s'est manifesté une leucorrhée abondante, qui a persisté après l'accouchement. Cette leucorrhée, évidemment liée à une infection blennorrhagique, ainsi que nos recherches ultérieures nous l'ont démontré, ne donna lieu d'abord à aucun retentissement du côté des organes voisins. Mais la malade ayant quitté le lit dix jours après l'accouchement, fut prise de douleurs très vives dans le bas-ventre, accompagnées de tous les phénomènes caractéristiques d'une cystite : besoin fréquent et impérieux d'uriner (toutes les demi-heures ou toutes les heures), mictions très douloureuses, urines peu abondantes, d'un rouge foncé et laissant au fond du vase un dépôt blanchâtre et épais.

Après trois semaines de repos au lit, les phénomènes douloureux avaient disparu, mais les autres

FEUILLETON

Théories embryogéniquee. — La classification décimale.

Les hommes de ma génération qui, ayant appris l'embryologie dans les livres classiques d'il y a quinze ou vingt ans, ont voulu se remettre à peu pres au courant de cette science en parcourant les auteurs modernes, éprouvèrent, j'imagine, un étonnement et même un trouble profonds, en voyant avec quelle désinvolture on s'était tout d'un coup élevé de l'observation et de la description de faits, à une génération doctrinale d'une surprenante ampleur. J'avoue, pour ma part, que la définition des divers stades par lesquels passe l'embryon, présentée avec la rigueur qu'on s'est hâté d'y apporter, m'avait rempli de stupéfaction. Puis, cette première émotion dissipée, un autre sentiment s'était fait jour en moi : celui d'une invincible incrédulité.

Je ne me refusais point à admettre qu'on rencontrât en certains œufs les apparences, décorées du nom de phases, qu'on représente comme la base essentielle du développement de tous les êtres ; mais c'était une déroute honteuse de mes idées, quand j'essayais très consciencieusement de me convaincre que ces diverses phases se retrouvaient toutes dans le développement d'un œuf de vertébré, quand je m'efforçais de me démontrer, avec l'auteur dont je lisais l'ouvrage, qu'à tel et tel degré du développement, l'œuf de poule, par exemple, — à plus forte raison l'œuf humain — correspondaient à une *morula*, à une *blastula*, à une *gastrula*.

J'éprouvais à la fin un scrupule de ne pas accepter des faits annoncés avec tant d'assurance, et une honte de ne pas les comprendre. En vain je me disais qu'on avait peut-être inconsciemment forcé les analogies pour mieux soutenir une thèse un peu difficile, et que ce n'était point, chez moi, un signe trop grave d'affaiblissement intellectuel, de ne voir clair qu'à moitié, — c'est-à-dire pas du tout — dans des explications fort embrouillées. Je n'en étais pas moins fort inquiet sur l'état de mes facultés.

D'un autre côté, comment contraindre une raison, même

signes de cystite persistaient sans grande modification.

Le jour même où elle se lève, la malade se plaint, pour la première fois, d'une douleur sourde dans le flanc droit. Peu après, à la suite de quelques excès de fatigue, cette douleur devint tout à coup tellement violente, que la malade fut obligée de se faire ramener chez elle en voiture, et de reprendre immédiatement le lit. Le Dr Dubrisay, médecin de la malade, après avoir traité les symptômes urgents pendant quelques jours, profite d'une accalmie pour envoyer cette dame dans mon service. J'ajoute que deux ou trois jours avant son entrée à l'hôpital, le Dr Dubrisay et la malade avaient découvert dans le flanc droit une tumeur présentant le volume du poing.

Au moment de son entrée, nous avons constaté l'état suivant :

Les douleurs spontanées, quoique notablement diminuées, se manifestent encore avec une certaine intensité dans tout le côté droit de l'abdomen, avec prédominance au niveau du flanc droit. Le ventre est normalement développé mais légèrement météorisé.

A l'exploration de la fosse lombaire droite, l'une des mains placée sous le rein droit et l'autre déprimant doucement la paroi abdominale, on trouve une tumeur ayant le volume du poing située au-dessous du foie. Cette tumeur est plutôt ellipsoïde ou ovoïde que globuleuse, à grand axe obliquement dirigé en bas et en dedans. Elle est lisse et régulière à sa surface ; de plus, elle présente assez nettement le signe du *ballottement rénal*. Sa consistance, quoique difficile à apprécier en raison des douleurs que provoque l'exploration, est néanmoins assez dure. J'ajoute de suite que cette dureté devint plus manifeste après quelques jours de repos à l'hôpital, alors que les symptômes douloureux avaient fini par disparaître. Je dois dire enfin qu'à aucun moment nous n'avons pu déceler dans la tumeur ni rénittence ni fluctuation.

En cherchant à préciser les caractères du symptôme douleur, j'ai pu noter qu'elle siégeait à la fois le long du rachis et dans la fosse lombaire. Elle irradiait du reste en bas et en dedans du côté du bassin, en suivant le trajet de l'uretère.

Les phénomènes de cystite que nous avons relevés dans les commémoratifs existent encore, mais atténués. Ils sont représentés par des envies d'uriner fréquentes et un peu douloureuses, par du tenesme vésical et un léger dépôt muco-purulent dans les urines.

Aucune fièvre, du reste, et, à part l'inappétence et la constipation dont se plaint la malade, l'état général est assez bon.

Si vous avez suivi attentivement l'exposé qui précède, vous devez déjà soupçonner, messieurs, que nous sommes en présence d'une série de manifestations appartenant à l'infection blennorrhagique. Il est fréquent, en effet, de voir une vaginite blennorrhagique infecter l'utérus après l'accouchement, et donner lieu à des symptômes de métrite. Ici, vous avez vu la cystite éclater consécutivement à la métrite, aussitôt que la malade s'est levée du lit. Nos recherches bactériologiques ont démontré la présence du gonocoque aussi bien dans les sécrétions vaginales que dans le dépôt urinaire. Donc, jusqu'ici, ce diagnostic s'impose : urétro-vaginite blennorrhagique et cystite de même nature. D'autre part, la relation étroite entre les symptômes de cystite, l'éclosion des phénomènes douloureux et l'apparition de la tumeur est manifeste. Cela seul suffirait pour nous faire penser à une infection

---

chancelante, à s'incliner devant des affirmations qui lui paraissent sans preuve, et à faire un acte de foi en une matière que comporte moins que toute autre une soumission de ce genre?

Donc, prenant mon parti en brave, j'avais décidé de ne pas me rendre; et, les circonstances m'ayant amené à guider quelques jeunes gens dans les débuts trés difficiles et tres arides de l'étude de l'embryologie, je leur fis tres franchement part de mes doutes sur la légitimité d'une synthese que j'estimais prématurée, sinon fausse; je les mis en garde contre la séduction d'une théorie qui prétend, aujourd'hui où l'on commence à peine a réunir quelques documents précis sur ces sujets, assimiler l'ontogenèse à la phylogénése.

Aussi est-ce avec grand plaisir que j'ai pris connaissance de la leçon par laquelle M. Yves Delage a ouvert son cours semestriel à la Faculté des sciences. Dans cette leçon il s'est élevé avec une grande vigueur et une grande richesse d'argumentation, avec un très haut bon sens, contre la conception du polyzoïsme des êtres. Et l'embryogénie lui a justement fourni le plus fort argument qu'il ait pu invoquer. Il constate « qu'il n'y a guère que les stades avancés du développement qui vérifient le parallélisme de l'ontogénése et de la phylogénèse; tous les stades jeunes, et d'autant plus qu'ils sont plus voisins de l'œuf, réalisent des formes déterminées par des nécessités géométriques et mécaniques, sans aucune ressemblance avec des formes phylogénétiques quelconques ».

Voilà une proposition. Voici les preuves sur quoi elle s'appuie :

« Où est l'ancêtre des mésozaires formé, comme les dicyémides au stade 2, de deux cellules dont l'une est l'endoderme, et l'autre l'ectoderme ? Où est l'ancêtre des métazoaires qui a eu, comme un si grand nombre de ceux-ci, l'ectoderme représenté par une étroite calotte de cellules coiffant un pôle du corps? Où est l'animal singulier pourvu d'un estomac sans bouche correspondant au stade fréquent où la bouche se reperce là où le blastophore s'était fermé? »

Pourquoi verrait-on, comme l'a démontré Wilson, l'arrangement des cellules de segmentation n'avoir souvent aucune ressemblance chez des êtres très voisins l'un de l'autre? Et peut-on, sans un illogisme délirant, soutenir

ascendante du rein. Mais nous avons des symptômes très nets qui nous permettent de l'affirmer; ces symptômes sont: le siège de la douleur, la présence de la tumeur au niveau de la fosse lombaire, avec ses caractères de forme, de consistance; enfin, le ballottement. Il s'agit donc d'une pyélo-néphrite de même origine que la cystite, c'est-à-dire blennorrhagique, et propagée de la vessie au rein par l'intermédiaire de l'uretère resté encore douloureux sur tout son parcours. Sans doute, il existe un symptôme contradictoire, l'apyrexie; mais rien ne nous prouve qu'à un moment donné, avant l'entrée de la malade à l'hôpital, il n'y a pas eu de phénomènes fébriles. Il existe d'ailleurs des pyélo-néphrites ascendantes d'origine blennorrhagique qui ne s'accompagnent pas de fièvre.

Je ne m'attarderai pas à discuter la possibilité d'une pyo-néphrose tuberculeuse, bien que l'affection ait évolué apyrétiquement (du moins depuis que la malade est soumise à notre observation) et bien que le père de la malade soit mort tuberculeux à l'âge de trente-deux ans. Il n'existe, en effet, chez elle aucun symptôme de néphro-pyélite tuberculeuse, c'est-à-dire qu'elle n'a pas eu ce qu'on a appelé l'hémoptysie rénale, elle n'a pas rendu du sang ni en abondance ni sous forme de stries; dans ses urines, nous ne trouvons pas de ces grumeaux rappelant plus ou moins des fragments caséeux; enfin, les urines ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Ainsi donc, il s'agit bien d'une pyélo-néphrite blennorrhagique. L'évolution de la maladie, depuis que cette dame est entrée dans mon service, c'est-à-dire depuis deux mois, peut se résumer de la façon suivante : diminution des symptômes de la cystopyélite sous l'influence du repos et d'un traitement par les injections boriquées et argentiques intravésicales; diminution parallèle de la tuméfaction rénale, actuellement réduite aux deux tiers; disparition presque complète de la douleur spontanée. Seules, les urines présentent encore un certain dépôt muco-purulent.

On pouvait donc espérer une guérison prochaine, lorsque, il y a un mois, le 20 janvier, survint une rechute, moins sévère que la première atteinte, il est vrai, mais cependant marquée par un retour de phénomènes douloureux, et par l'augmentation subite du volume du rein. Or, pendant cette rechute, nous avons pu faire de nouvelles constatations d'une grande importance pour le diagnostic. La maladie, en effet, présenta cette fois quelque chose de caractéristique. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, exactement mesurée, avait varié, au cours de la rechute, entre un et deux litres, restant en moyenne au-dessous de la normale. Subitement, vers le 30 janvier, la crise douloureuse se termine par l'émission de trois litres d'urine. Cette sorte de débâcle dure deux jours et coïncide avec une amélioration des symptômes fonctionnels et la diminution progressive de la tumeur rénale. C'est à peine si la malade éprouve encore quelque douleur pendant les efforts et les secousses de la toux.

Cette rechute imprévue se terminant par une débâcle, ces variations de la quantité des urines en sens inverse du volume du rein et de l'intensité des douleurs; d'autre part, l'apyrexie du début, la mobilité de la tumeur, tout cet ensemble symptomatique tendrait à modifier notre diagnostic en celui d'une hydro-néphrose; mais hydro-néphrose secondairement infectée par le gonocoque, et transformée de la sorte en pyo-néphrose. Il s'agirait donc d'une hydro-néphrose intermittente, peut-être antérieure,

---

que des espèces d'un même genre peuvent avoir une origine phylétique différente?

La vérité c'est que « les rudiments de la plupart des organes ont, dans les premiers stades de l'ontogénèse, des dispositions parfaitement incompatibles avec la vie chez un être adulte obligé de faire face aux nécessités de l'existence. L'arrangement des cellules de la segmentation n'est pas la copie de quoi que ce soit ayant existé phylogénétiquement ».

Une des conséquences les plus étonnantes des doctrines contre lesquelles s'inscrit M. Yves Delage n'est-elle pas dans la nécessité d'attribuer à l'organisme qui se développe une sorte de vie indépendante, une mémoire inconsciente de ce qu'il était au temps de son ancêtre, une tendance à reproduire celui-ci? Or, comme il le dit fort judicieusement, « ne connaissant pas cet ancêtre, il s'en fait une représentation idéale qui a chance de ne ressembler à rien de réel ».

C'est cependant à cela qu'on est conduit si l'on adopte ce que le professeur de la Faculté des sciences nomme la *théorie des causes mystiques*. Et il n'a point tort de la considérer comme stérile, paralysant l'imagination et la circonscrivant dans un cercle étroit où ne se trouvent que des solutions fictives; il n'a pas tort non plus de déclarer sans ambage que toute l'embryogénie est à reprendre avec d'autres données.

On est étonné vraiment des efforts inouis que doit faire la science pour réussir à mettre de côté le vulgaire bon sens et à s'engager dans des voies sans issue... Ce n'est pas la premiere fois que j'ai déploré ici la contradiction si commune qui consiste, en un temps où l'on est acharné à ne reconnaître de valeur qu'aux faits d'observation et d'expérience, qui consiste, dis-je, à se hâter, comme si la durée allait nous manquer, de conclure, du particulier au général, de courir vers les synthèses quand les analyses sont à peine ébauchées, de formuler des lois quand les phénomènes sont à peine entrevus. C'est, en l'espèce, suivant l'expression de M. Delage, « la généralisation à outrance, l'extension illégitime à l'ensemble du règne animal, de faits vrais, mais exceptionnels ».

Cela jettera, dans l'avenir, une ombre sur la gloire scientifique de ce siècle. Et sans doute nous serions stupéfaits

peut-être consécutive à l'accouchement, en tous cas ayant précédé les accidents inflammatoires dans son début et vraisemblablement due à la mobilité du rein et à la coudure consécutive de l'uretère. Cette hydro-néphrose, restée jusque-là latente, a été révélée par l'infection gonococcique ascendante. La cysto-pyélo-néphrite, en déterminant une augmentation de volume du rein, a joué ici le même rôle que la congestion menstruelle de la glande rénale, cause fréquente des crises intermittentes dans les hydro-néphroses aseptiques. Peut-être s'est-il joint à cette cause une obstruction partielle de l'uretère par les produits inflammatoires accumulés dans sa cavité.

Le pronostic d'une telle affection est généralement grave. Il ne saurait être établi pour le cas actuel avec toute la rigueur désirable, étant donné l'incertitude du diagnostic.

Quel traitement instituer en pareil cas?

Dans certaines conditions sociales, lorsque les malades peuvent attendre et recevoir des soins appropriés, l'abstention pourrait être conseillée au moins temporairement; dans l'espoir, souvent démenti d'ailleurs, d'une guérison spontanée. Mais notre malade souffre depuis bientôt six mois, le repos et le traitement auxquels elle a été soumise n'ont amené qu'une amélioration transitoire. D'ailleurs elle réclame une intervention, menaçant de quitter l'hôpital en cas de refus. La laisser partir serait l'exposer à des dangers sérieux, peut-être à des traitements intempestifs en raison des incertitudes du diagnostic. Pour toutes ces raisons, et prenant surtout en considération l'augmentation permanente du volume du rein, la persistance de la douleur et de la suppuration des voies urinaires, je crois l'intervention chirurgicale parfaitement indiquée.

Quelle sera cette intervention? Contre les pyonéphroses ou l'hydro-néphrose infectée, deux opérations peuvent être indiquées : la néphrotomie ou bien la néphrectomie. La première a pour avantage de ne pas sacrifier l'organe d'emblée et de permettre de se rendre compte de l'état de la glande du côté opposé, état que l'on ne saurait trop chercher de connaître exactement. Malheureusement elle laisse souvent à sa suite des fistules intarissables, nécessitant ultérieurement une néphrectomie secondaire.

La néphrectomie, bien que plus grave que la néphrotomie, est, au contraire, une opération radicale, mais qui présente cet aléa qu'en cas de lésion du rein opposé, elle peut être suivie d'accidents désastreux.

De ces deux interventions, à laquelle faut-il donner la préférence en cas d'hydro-néphrose infectée? Pour intervenir d'emblée par l'une ou l'autre, il importe d'avoir une connaissance exacte de l'état du rein opposé. Si les deux reins sont infectés, c'est la néphrotomie qui s'impose, car l'extirpation du rein atteint d'hydro-néphrose entraîne souvent des accidents urémiques qui peuvent, comme je l'ai dit plus haut, conduire à un désastre. Si au contraire le rein opposé est sain, la néphrectomie d'emblée peut être indiquée. Cette question de diagnostic prime donc tout décision, et il importe de vous montrer par quels moyens on peut établir l'état du rein opposé.

Jusque dans ces derniers temps, ce diagnostic était extrêmement difficile, et souvent même impossible à établir. Depuis le perfectionnement de la cystoscopie, il est possible de se prononcer avec certitude. A l'aide du cystoscope, on peut observer directement l'écoulement de l'urine provenant de l'un ou de l'autre uretère. Voici comment on doit procéder : la vessie, après cocaïnisation, ayant été remplie de liquide clair (eau boriquée), on procède à

---

si, revenant sur la terre dans quelque cent ans, il nous était donné de comprendre à quelles incroyables aberrations nous nous sommes laissé entraîner par notre manie de conclusions hâtives, et que si les faits dont nous avons enrichi les connaissances de l'humanité restent vrais, les explications et les théories que nous en avons données n'ont servi qu'à grossir l'histoire des erreurs de notre intelligence. Cette histoire est déjà assez longue, à notre époque, pour qu'il n'y ait un jour aucune excuse à nos imprudences doctrinales.

Oui, nous allons trop loin et trop vite en tout, et nous faisons souvent, de certaines choses, des applications qu'elles ne comportent pas. Ainsi (pour descendre des hautes sphères spéculatives à l'humble cuisine bibliographique), j'ose me demander s'il est bien sage d'appliquer le système décimal à la classification des productions de l'esprit.

J'ai suivi avec une sympathique curiosité le mouvement qui s'est produit à ce sujet. Et j'en suis arrivé à douter que le bénéfice escompté se réalise.

Il va sans dire que je ne veux point reprocher à une classification de ce genre d'être artificielle au premier chef. Elles le sont toutes, par essence, plus ou moins; et de ce que celle-ci l'est par-dessus toutes les autres, il ne faudrait pas la rejeter d'emblée. Mais il faudrait la rejeter si elle n'est ni simple, ni claire, ni facile. Or, je crains qu'elle ne soit rien de tout cela. Je le crains d'autant plus que, presque à son début, je la vois en proie à des perfectionnements, à des simplifications, à des truquages qui semblent bien prouver que son maniement n'est point aussi aisé qu'il serait désirable qu'il fût. Sans aller chercher bien loin, je trouve, dans le nombre même des chiffres que certaines indications exigent, une difficulté considérable. Leur écriture et surtout leur lecture exigeront, je crois, des efforts de mémoire extrêmes, ou occasionneront des pertes de temps sensibles.

J'en veux emprunter quelques exemples à M. Marcel Baudouin, qui a embrassé le système avec une ardeur d'apôtre, et qui a fourni des gages de son zèle à l'adopter en classant, d'après ces principes, plus d'un *million* de fiches scientifiques.

Nous voulons indexer : *Complications péritonéales de*

la cystoscopie avec le cystoscope à lumière interne. On regarde attentivement pendant quelques minutes l'orifice de l'uretère droit, puis celui de l'uretère gauche. Lorsqu'il existe une pyo-néphrose d'un côté, les urines altérées, émises par l'ostium urétral correspondant, apparaissent à chaque éjaculation de l'uretère comme un nuage au milieu du liquide transparent et incolore. Du côté sain, au contraire, l'urine émise est claire et transparente, à peine paraît-elle un peu jaunâtre. La cystoscopie nous permet encore de recueillir directement des urines de l'un ou de l'autre uretère, à volonté. Pour cela, il suffit de cathétériser isolément chaque conduit soit avec le systoscope à lumière interne, muni à sa partie inférieure d'un canal pour le passage de la sonde, soit avec le systoscope à lumière externe.

Chez l'homme, à cause de la longueur de l'urèthre, seul le cystoscope à lumière interne peut être utilisé dans ce but. Chez la femme, le cystoscope à lumière externe, grâce à la brièveté de l'urèthre, devient au contraire l'instrument de choix. Vous avez été témoins plus d'une fois des bons résultats que nous obtenons, dans mon service, grâce à ce moyen d'investigation.

Kelly, dans ces derniers temps, a publié un remarquable travail sur ce sujet, dans lequel il a démontré que non seulement le cathétérisme des uretères est facile, mais qu'on peut encore laver l'uretère et le bassinet en cas de suppuration. Kelly place les malades dans la position génu-pectorale, le bassin très élevé et la poitrine reposant sur le matelas du lit d'exploration. Grâce à cette position, les viscères quittent la cavité pelvienne et gagnent la partie supérieure de la cavité abdominale. La vacuité du petit bassin exerce sur la vessie une sorte d'aspiration qui se traduit par une dilatation de la vessie par l'air aussitôt que vous introduisez un cathéter ou, ce qui revient au même, le tube du cystoscope à lumière externe. La vessie se trouve donc largement dilatée, et il devient facile, grâce au déplissement de ses parois, de reconnaître les orifices des uretères et y introduire, à travers le tube du cystoscope, une sonde fine. On recueille de la sorte, séparément, les urines provenant de l'un ou de l'autre uretère, qu'on examine ensuite au point de vue chimique. Grâce à ce mode d'investigation, il est facile d'avoir une connaissance exacte de l'état des reins. J'ai insisté un peu longuement sur ces recherches cliniques, dont la connaissance est de date récente et qui peuvent rendre de réels services.

Pour revenir à notre malade, messieurs, je dois vous dire que dans certains cas la clinique peut, en dehors de la cystoscopie et du cathétérisme de l'uretère, nous renseigner sur l'état du rein. C'est ainsi que, chez elle, nous avons diagnostiqué, avant même de songer à la cystoscopie, l'intégrité du rein gauche. En effet, jamais, de ce côté, nous n'avons relevé ni ballottement ni douleur. Les fonctions physiologiques s'exercent assez bien, puisque durant la crise il a suffi pendant plusieurs jours à la sécrétion urinaire et que, malgré la diminution d'urine émise dans les vingt-quatre heures, aucun symptôme fâcheux ne s'est manifesté.

Voilà donc une série de renseignements qui permettent d'affirmer avec une quasi certitude l'intégrité du rein. Dans certains cas, on peut même obtenir une certitude absolue. Pendant la crise douloureuse dans les hydro-néphroses infectées qui se ferment momentanément (hydro-néphroses intermittentes) ou bien dans certains cas en dehors même des crises, lorsque des détritus, des grumeaux purulents bouchent l'urèthre malade, le rein sain fournit

---

tumeurs malignes de l'abdomen. Certes, ce titre est un peu long à écrire, mais c'est fait une fois pour toutes. Et si je veux retrouver ce travail, avec les habituelles ressources de la bibliographie, j'aurai vite fait, il me semble, d'y arriver en cherchant à : Tumeurs, ou à : Abdomen. Pour l'indexer décimalement, il me faut ne pas hésiter, tout d'abord, sur la rubrique qui lui convient. J'admets (tout le monde l'admettra-t-il avec moi?) que ce soit une question de chirurgie régionale, d'où une première nécessité : chercher dans le livre de M. Meweg, ou savoir par cœur le nombre de *cinq chiffres* qui correspond à : Chirurgie de l'abdomen.

Mais il me faut deux nouveaux chiffres pour indiquer qu'il s'agit, dans cet abdomen, des lésions de l'intestin, en général.

Comme cette lésion de l'intestin est une tumeur maligne, j'ai besoin d'y ajouter six autres chiffres qui veu ent dire : Tumeur maligne.

En outre, il ne s'agit ici que des complications de cette tumeur; d'où un nouveau chiffre dont le sens est : Complication.

Ce n'est point fini. Cette complication est péritonéale. ce que je ne puis faire savoir qu'à l'aide de deux autres chiffres.

Je puis maintenant chiffrer le total du travail. Je pose donc :

617.55 = Chirurgie régionale de l'abdomen.
32 = Lésions chirurgicales de l'intestin.
616.993 = Tumeurs malignes.
4 = Complications.
38 = Localisation péritonéale.

Enfin de compte, j'inscris :

617.553.2/616.993.438.

J'ai là 16 chiffres, que je puis réduire à 13 par la suppression du groupe 616, mais au risque de détruire la *clarté* (?) de l'indication. A moins que je ne remplace les deux groupes 616 et 993 par un court nombre conventionnel (n'est-ce pas là une complication de plus?), soit 616.993 = 63. J'écris alors :

617.5532.63.438

qui n'a plus que *douze* chiffres et qui est, dit M. Marcel Baudouin « aussi facile à retenir qu'à comprendre ».

seul l'urine qui aborde le réservoir urinaire. Celle-ci est émise claire, transparente et privée de pus et d'albumine si la vessie n'est pas infectée elle-même. Si, par contre, la vessie est atteinte de cystique, il suffit de procéder, avant de recueillir l'urine, à un lavage minutieux de l'organe; attendre pendant quelques minutes l'arrivée de l'urine dans la vessie, puis sonder la malade et examiner l'urine. Dans ces conditions, si vous ne trouvez ni pus ni albumine, vous concluez à l'intégrité parfaite de l'autre rein.

Chez notre malade, étant donné la certitude que le rein gauche peut suppléer, grâce à son intégrité, le rein malade, c'est la néphrectomie qui me parait préférable.

Pour atteindre le rein, je me propose de l'aborder par la voie lombaire, seule indiquée en pareil cas. Du reste, je suis prêt à modifier le mode d'intervention une fois la glande mise à nu, si par extraordinaire l'opération nous réservait quelque surprise.

Les Médecins de la Marine de commerce

ET LE NOUVEAU RÈGLEMENT DE POLICE SANITAIRE MARITIME

On sait que de nouvelles dispositions ont été prises touchant les aptitudes des médecins de la marine de commerce, et que le nouveau règlement exige de ceux-ci des examens qui ont pu paraître à certains de nos confrères un peu en désaccord avec les exigences de la profession.

Il faudrait, en effet, à beaucoup de nos confrères embarqués, un congé pour venir à Paris subir des examens qu'il aurait fallu préparer, et bien souvent, dans ce dur métier, l'argent et le temps entre deux campagnes peuvent manquer, de même que les études suffisantes pour arriver à la parfaite possession du programme.

Aussi, M. le Dr Lop, médecin en chef de la Compagnie de navigation mixte à Marseille, a-t-il, dans une lettre insérée dans le *Bulletin médical* du 8 avril 1896, montré le préjudice qu'aurait pu causer à nos confrères de la marine de commerce le nouveau règlement s'il avait été mis à exécution.

Il n'en a pas été ainsi, et le ministre de l'Intérieur vient de prendre une mesure de transition, rendue du reste nécessaire par le manque de médecins ayant satisfait aux nouvelles conditions.

En effet, s'appuyant sur l'article 17 du règlement, M. le ministre de l'Intérieur vient d'édicter la disposi ion suivante :

Au cas, dit cet article 17, où le nombre des médecins sanitaires maritimes portés sur la liste serait insuffisant, le ministre de l'Intérieur pourvoit, sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène, aux nécessités du service médical.

S'appuyant sur ce texte, M. le ministre de l'Intérieur (autrement dit le Comité de direction des services de l'hygiène), vient de décider ce qui suit :

A titre transitoire et par application de l'article sus-visé, les médecins français, docteurs en médecine ou officiers de santé, pouvant justifier qu'ils ont rempli, au cours des cinq années qui ont précédé le décret du 4 janvier 1896, les fonctions de médecin sanitaire à bord des navires pendant une durée d'au moins six mois, consécutifs ou non, sont admis à rembarquer en la même qualité sous la réserve de se conformer aux prescriptions contenues dans le titre III dudit décret.

Ces médecins ne peuvent porter le titre de « médecin sanitaire maritime » institué par l'article 15. Ils sont inscrits sur un tableau provisoire, d'après la proposition des directeurs de la santé et l'avis du Comité de direction

---

Ceci l'est-il aussi ?

J'indexerai de la façon suivante : 617.5582.85.7 (5), la cystotomie pour calculose vésicale. Mais il s'agit d'une cystotomie pour une affection de la prostate, j'emploierai non seulement un nombre différent, mais une différente disposition des groupes qui le composent et au lieu de :

617.5582.85.7. (5) = Cystotomie pour calcul,

j'aurai :

617.5582.85. (57) = Cyst. pour lésion prostatique.

Je ne vois pas non plus bien clairement pour quelles raisons précises et faciles à retrouver il sera préférable à propos : « *d'un bouton anastomotique pour affection intestinales* » d'indexer un tel mémoire par :

617.911 + 617.5532.88

plutôt que par :

617.55.32.88. (911).

Il y a dans ce système une obscurité dont les hommes qui feront métier de l'appliquer pourront à la longue ne plus se soucier, mais qui rebutera peut-être assez les néophytes pour entraver l'extension de la méthode. Je veux dire que les mêmes chiffres et les mêmes groupes de chiffres se répétant pour des sujets d'ordre parfois très différent, la lecture des index ne pourra jamais être courante, chacun de leurs chiffres exigera un effort pénible de mémoire, ou de raisonnement, ou une recherche plus ou moins longue.

Et ce n'est pas tout.

Un obstacle d'un autre genre peut se rencontrer.

Il n'y a que dix chiffres. Sera-ce toujours suffisant? J'en doute et M. Marcel Baudouin semble prouver que mon doute est fondé quand il adopte des subdivisions comme celles-ci :

1. INFECTIONS.
   1. Ordinaire. Type.
   2. Blennorrhagique ou chronique.
   3. Abcès.
   4. Gangrène. Nécrose.
   5. Tuberculose.
   6. Syphilis.
   7. Actinomycose.
   8. Hydatique.
   9. *Autres infections.*

des services de l'hygiène. Le certificat qui leur est délivré doit être visé, lors de chaque embarquement nouveau, par le directeur de la santé.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1896

Il se produit quelquefois, au cours de l'accouchement, et sous l'influence des cris et des efforts, un *emphysème sous-cutané* apparaissant à la base du cou et pouvant envahir toute la partie supérieure du tronc. M. Nicaise, qui a étudié cet accident, fait d'abord remarquer sa rareté. Sur 13,500 accouchements d'une statistique anglaise, il n'y en a que 7 cas. M. Pinard n'en a observé que 3 cas sur 1,920 accouchements.

La pathogénie en est encore mal connue. On admet généralement qu'il se fait une rupture de la trachée, soit au niveau de sa bifurcation, soit en un point plus élevé. M. Nicaise a démontré que la trachée se contractait pendant l'inspiration et se dilatait pendant l'expiration. C'est donc pendant l'expiration, sous l'influence des cris et des efforts, que se fait la rupture.

M. Nicaise résume son travail dans les conclusions suivantes :

« 1° On observe quelquefois dans les accouchements difficiles, particulièrement chez les primipares, la formation brusque d'emphysème sous-cutané à la base du cou;

« 2° Cet emphysème se produit à la suite de cris aigus et répétés, c'est-à dire pendant l'expiration; .

« 3° Il est dû à la rupture de la trachéo distendue ou d'un point faible des grosses bronches;

« 4° Cette complication présente le plus souvent peu de gravité; elle a cependant causé une fois la mort;

« 5° La production d'emphysème sous-cutané à la base du cou indique la nécessité de terminer l'accouchement le plus tôt possible et de faire cesser les douleurs et les cris par l'administration du chloroforme. »

M. Pinard fait remarquer que dans les 3 cas qu'il a observés, les femmes n'avaient pas beaucoup crié. Il croit donc à l'existence de causes prédisposantes jouant un rôle important dans la production de cet accident. C'est aussi, d'ailleurs, l'opinion de M. Nicaise qui incrimine les inflammations antérieures, les cicatrices de la trachée et du larynx.

— M. Cornil lit ensuite, au nom de M. Chantemesse, une note intitulée: *les Huîtres et la Fièvre typhoïde.* M. Chantemesse a observé plusieurs cas de fièvre typhoïde à la suite d'ingestion d'huîtres. Mais il veut rapporter seulement le fait suivant qui a presque la valeur d'une expérience de laboratoire.

Dans une petite ville de l'Hérault, où depuis un an il n'y avait eu de fièvre typhoïde, un marchand reçut des huîtres venant de Cette. Ces huîtres furent vendues à quatorze personnes, qui furent toutes malades; huit n'eurent que des accidents bénins, pendant deux ou trois jours; chez quatre autres, les accidents durèrent quinze à vingt-cinq jours: selles infectes, d'apparences dysentériques; ventre ballonné, douloureux; malaise général, prostration. Les deux autres personnes ont été atteintes d'une fièvre typhoïde exceptionnellement grave, à laquelle l'une d'elles succomba.

M. Chantemesse poursuivit l'étude de cette question en étudiant, au point de vue bactériologique, des huîtres fraîches, à leur arrivée à Paris, au moment où elles allaient être livrées à la consommation : huîtres de Marennes, huîtres anglaises, portugaises, huîtres d'Ostende, etc. Toutes renfermaient un grand nombre de germes, et beaucoup le coli-bacille. Quelques-unes furent placées dans de l'eau de mer souillée de déjections typhiques et de bacilles typhiques. Après un séjour de vingt-quatre heures dans cette eau, elles furent retirées et conservées fermées pendant vingt-quatre autres heures. L'examen bactériologique démontra alors qu'elles contenaient à l'état vivant des bacilles typhiques et des coli-bacilles.

Mais comment se fait la contamination des huîtres dans les parcs? Ceux-ci sont installés souvent près de l'embouchure des ruisseaux qui charrient des germes et des déjections de toutes sortes. M. Chantemesse cite, à ce point de vue, un certain nombre de parcs, parmi lesquels ceux de Cette qui avaient fourni les huîtres ayant causé l'épidémie rapportée plus haut.

M. Chantemesse rappelle enfin que dans ces dernières

---

8. Chirurgie.
1. Généralités. Injections. Tamponnement. Dilatation. Petite chirurgie.
2. Exploration. Ponction.
3. Élongation. Curetage.
4. Ligature. Thripsies. (*clasies*).
5. Taille. Ouverture . . (*tomie*).
6. Bouche. Anus. . . . (*stomie*).
7. Ablation . . . . (*ectomie*).
8. Soudure. Suture . . . (*Pexie*).
9. *Autres opérations.*

Ainsi, ces numéros 9 (autres infections, autres opérations, autres organes, autres lésions, etc.), n'ont plus rien de net. C'est ce qu'on appelle, en terme de location : une décharge. S'y retrouvera-t-on facilement?

Je m'arrête, n'ayant en aucune façon la prétention de faire une critique à fond de la classification décimale. Je n'ai voulu qu'exprimer, sans apprêts, quelques-unes des réflexions que m'a suggérées l'étude, d'ailleurs très hâtive, du système imaginé par M. Melwil Dewey. J'ai l'impression (je la désire injustifiée) qu'on en reviendra. Le chiffre, quoi qu'on en dise, ne parle pas aux yeux. Un nombre de 12 ou 15 chiffres ne se lira jamais comme une phrase. Et surtout je n'arrive pas à me convaincre qu'un système arithmétique, quel qu'il soit, soit logiquement applicable à des choses d'un ordre si différent du calcul, où aucune sériation uniforme ne saurait se rencontrer, où des groupes, tellement naturels qu'il ne peut être bon de les scinder, ne se plieront pas à l'invariable division en dix sous-groupes.

La méthode, en tous cas, n'est pas mûre pour l'application immédiate. Les difficultés déjà rencontrées et qui ne peuvent aller qu'en s'accroissant, le démontrent à mes yeux surabondamment. M. Baudouin, en outre du même du grand travail auquel il s'est livré, aura eu le second mérite d'appeler l'attention sur ces difficultés et de les faire toucher du doigt.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Tissier et Potocki.

années, cette question de la transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres a été agitée à l'étranger, en Angleterre, en Amérique. Il souhaite que des mesures de surveillance soient prises en France; il serait facile, en tous cas, de transporter les huîtres, quelques semaines avant leur consommation, sur des côtes non infectées, en Bretagne, à Belle-Ile; elles se dépouilleraient là de leurs impuretés. La question vaut la peine qu'on y réfléchisse, puisque le nombre des huîtres consommées annuellement à Paris dépasse, paraît-il, 35 millions.

Le travail de M. Chantemesse est renvoyé à une Commission composée de MM. Gauthier, Cornil et Laboulbène.

— Au cours de la séance, M. Pinard a communiqué à l'Académie le discours prononcé par M. Hergott (de Nancy) aux obsèques du professeur Stolz (de Strasbourg);

M. Charpentier a lu un rapport sur un travail de M. Robert (de Pau), ayant trait à *l'accouchement forcé dans l'éclampsie*; enfin, M. Brouardel a présenté une nouvelle application de rayons de Röntgen, très intéressante celle-là, puisqu'elle permet de reconnaître si un nouveau-né a ou non respiré. Les poumons qui n'ont pas respiré seraient imperméables aux rayons de Röntgen.

Élection de deux correspondants étrangers
(Physique et Chimie).

Première élection.

MM. Bunge (Bâle)............	32 voix.	Élu.
Shaer (Strasbourg)...........	3	—
Bulletins blancs.................	4	

Deuxième élection.

MM. Schmiedeberg (Strasbourg)...	32 voix.	Élu.
Shaer....................	3	—
Bulletins blancs.................	14	

— L'Académie s'est enfin réunie en comité secret pour entendre le rapport de M. Blache sur les titres des candidats à la place d'associé libre.

Voici l'ordre de classement :

1re ligne : M. Roux.
2e — M. Rivière.
3e — (*ex-æquo*) : MM. Commenge, Corlieu, Galezowski, Paul Richer.

Adjoint à la présentation : M. Bertillon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos de la communication de M. Michaux, M. Gérard Marchant prend la parole sur la cholédocthotomie. Il a opéré 5 malades pour des calculs réels ou supposés du canal cholédoque.

Il commence par résumer ces différentes observations : Le premier malade n'avait eu aucun bénéfice d'une saison à Vichy, et devant les symptômes qui s'aggravaient, la laparotomie fut décidée. La vésicule n'existait pour ainsi dire pas; elle était remplacée par des vacuoles. M. Marchant, ne trouvant pas de calculs, ouvrit une des vacuoles et fit une fistule biliaire. La malade eut une crise violente et élimina un calcul biliaire par l'intestin.

Le deuxième cas a trait à une malade atteinte d'ictère. Le diagnostic de calcul fut posé. L'incision abdominale montra une vésicule dilatée qui fut ouverte et fixée à la peau. M. Marchant ne trouva pas de calcul dans le cholédoque.

La fistule biliaire fut laissée béante, mais il ne vint pas de calcul. Au bout d'un an et demi, la malade mourut d'ictère grave, et l'autopsie démontra la perméabilité des voies biliaires; il s'agissait d'une angiocholite.

Dans la troisième observation, la vésicule biliaire paraissait très dilatée, et un calcul fut soupçonné. La laparotomie permit de retirer un demi-litre de liquide du réservoir de la bile. Le canal cholédoque présentait une induration profonde, mais on ne put intervenir, et une fistule biliaire fut faite. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un canal cholédoque énorme, et, à sa terminaison, une tumeur ligneuse qui effaçait l'abouchement des canaux biliaire et pancréatique.

Il existait un calcul du canal cholédoque chez le quatrième malade dont parle M. Marchant. Ces calculs étaient au nombre de trente-trois. L'exploration du cholédoque fut très facile, et même son curage. La suture du cholédoque fut aussi très aisée, et fut faite comme une suture intestinale. Le drainage, au bout de cinq jours, était devenu inutile, et la malade sortait guérie très peu de temps après.

La dernière observation a trait encore à une cholédochotomie, et, chez ce malade, il y avait, comme chez la précédente, un appendice linguiforme du foie, qui pouvait être pris pour la vésicule.

La laparotomie fut pratiquée, et, avec beaucoup ne difficulté, M. Marchant put sentir profondément un calcul qu'il put faire remonter; il incisa profondément le cholédoque, eut le calcul, mais il s'écoula du pus. De plus, le canal était très friable, et tous les fils coupèrent les tissus. M. Marchant fit un drainage très soigné à cause de la présence du pus, et pourtant le malade mourut d'infection péritonéale limitée.

Il faut donc, quand on soupçonne la présence du pus, opérer en deux temps : créer d'abord un trajet, et n'ouvrir que lorsque les adhérences sont faites.

M. Marchant conclut que lorsqu'on trouve une vésicule très dilatée, on n'a pas affaire à un calcul du cholédoque. De plus, l'appendice linguiforme ne devra pas être confondu avec la vésicule; mais si on trouve cet appendice, on pourra penser à la présence d'un calcul dans le canal cholédoque.

— C'est sur un cas de *fibrome récidivant*, dû à M. Odin, d'Haïti, que M. Picqué fait un rapport. Dans cette île, ces fibromes seraient très fréquents au lobule de l'oreille, à l'occasion de l'infibulation.

Le volume de ces tumeurs est en général celui d'une cerise; elle est indolente et ne gêne que par leur poids. C'est au traumatisme qu'est due l'apparition de ces néoplasmes fibreux. La race nègre ferait facilement du tissu fibreux, et M. Odin cite leur présence dans d'autres régions, et toujours à l'occasion du traumatisme.

Quant à la récidive, elle est très fréquente, et M. Odin en cite une observation bien nette, dans laquelle, malgré une ablation très large, la récidive eut cependant lieu.

M. Picqué ne peut admettre, comme son jeune confrère, la malignité des fibromes.

M. Routier a deux cas analogues, mais ce ne sont pas des fibromes, ce sont des chéloïdes, et il cite ses deux exemples. Si ces tumeurs récidivent, elles récidivent comme le font les chéloïdes.

M. Michaux a observé deux énormes tumeurs chéloïdiques, quand il était l'interne de Gosselin. La peau était adhérente sur toute leur étendue, et ce symptôme permettrait peut être de distinguer les chéloïdes des fibromes. M. Michaux traite ces tumeurs par les scarifications et le collodion salicylé, quand elles ne nécessitent pas l'extirpation.

M. Reclus revient sur la question de la compression.

M. Delorme a préconisé la malaxation, et M. Reclus l'a mise en usage à l'aide d'une tenaille et cela sans résultat.

Ces faits nous sont très anciennement connus, dit M. Kirmisson. Dans tous les traités classiques il en est question et même de leur prédilection dans la race nègre. Mais il ne faut pas confondre la chéloïde avec le vrai fibrome. Les deux existent.

M. Championnière pense plutôt que M. Odin a eu affaire à des chéloïdes et non à des fibromes. Les chéloïdes ont, du reste, été signalées dans la race nègre. Pour sa part, M. Championnière a opéré plusieurs fois des chéloïdes de l'oreille ; mais il a toujours vu la récidive à plus ou moins longue échéance; elle arrive même au bout d'un an et demi.

Quant à la malaxation, il s'en méfie un peu. Il a vu des aggravations par ce procédé. Aussi pense-t-il qu'il faut opérer, car quelquefois, s'il y a récidive, elle est tres lente, et même parfois la chéloïde s'arrête dans sa progression.

M. Poirier croit que dans les observations citées par M. Odin, il s'agit de chéloïdes. Il en a opéré une de l'oreille et a vu la récidive se produire; mais avec l'amélioration de l'état général, la tumeur diminue.

M. Felizet estime que pour qu'une chéloïde se produise, il faut qu'il y ait prédisposition du malade; celles-ci sont du reste, très rarement isolées et on en trouve dans d'autres parties du corps. Ce sont surtout des arthritiques qui portent ces néoplasies; tandis que les cicatrices vicieuses paraissent se rencontrer surtout chez les scrofuleux. M. Felizet applique le traitement général et la compression, et a dés résultats heureux de cette thérapeutique.

M. Picqué répond qu'il s'agit bien de fibrome, puisque les pièces ont été examinées par M. Pillet et classées sous ce titre.

— Un second rapport de M. Picqué a trait à une observation de M. Binaud. Il s'agit d'une malade atteinte d'*ankylose angulaire* du genou à la suite d'une arthrite rhumatismale.

La *résection cunéiforme* est pratiquée après incision transversale de la rotule. Les deux fragments de la rotule sont réunis à l'aide de fils d'argent et maintiennent la rectitude. La consolidation fut parfaite et rapide, et aujourd'hui la marche est facile.

Le point particulier de cette observation est la suture des deux fragments de la rotule.

***

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 10 JUIN

1° Suite de la discussion sur la cholédocthotomie (M. Ricard, M. Guérin);

2° Traitement du cancer du rectum, par M. Chaput;

3° Sur un cas d'appendicite, par M. Guinard;

4° Election d'un membre titulaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai 1896

Le malade que présente M. Le Gendre souffre de crises douloureuses très vives dans la derniere phalange de l'annulaire et de l'auriculaire de la main gauche. Le diagnostic est ici extrêmement difficile. Le malade est un éthylique artério-scléreux. Les battements de l'artère cubitale sont à peine perceptibles, ce qui indique que le calibre de ce vaisseau est extrêmement réduit. Peut-on faire rentrer ce cas dans ce que l'on a décrit sous le nom d'asphyxie locale des extrémités ?

M. Le Gendre a observé, en 1882, à l'hôpital Cochin, un fait analogue ; le malade s'améliora lentement et progressivement sous l'influence de l'iodure de potassium. En sera-t-il de même dans le cas actuel ?

— M. Widal demande ensuite l'opinion de la Société à propos d'un malade qu'il présente et dont l'observation a pour titre : *Ulcérations buccales et cutanées, œdème, érythème noueux, orchites, probablement d'origine hystérique.* L'observation de ce malade a déjà été publiée en partie par M. Morel, interne de M. Balzer. Depuis deux ans, il a des poussées d'épididymite apparaissant et disparaissant brusquement sans cause appréciable et coïncidant avec des poussées d'érythème noueux siégeant surtout au niveau des membres inférieurs et ayant la même évolution. Depuis plusieurs mois, le malade présente des phénomènes nouveaux. Aux poussées d'épididymite et d'érythème noueux se sont ajoutées des ulcérations de la muqueuse buccale, des dimensions d'une lentille, à bords taillés à pic, siégeant sur les gencives ou la face interne des lèvres, apparaissant brusquement et disparaissant de même. En même temps se sont produites à plusieurs reprises des ulcérations de la verge et du scrotum.

Sans vouloir insister sur les stigmates qui plaident en faveur de la nature hystérique de tous ces accidents, M. Widal fait remarquer que l'on n'a jamais cité jusqu'à présent les ulcérations buccales comme troubles trophiques hystériques. La simultanéité de tous ces troubles trophiques constitue une véritable diathèse vaso-motrice, suivant une expression de M. Gilles de la Tourette. Enfin, les poussées d'orchite que ce malade a présentées peuvent être rapprochées des poussées d'ovaralgie observées chez les hystériques et du phénomène du sein hystérique.

— Ce sont aussi des troubles d'origine hystérique — mais ceux ci graves au point d'entraîner la mort — que M. Gilles de la Tourette a observés chez deux malades. Dans le premier cas, une jeune fille de vingt-six ans, hystérique, fut prise, au cours d'une cérémonie impressionnante, de vertiges, d'étourdissements; bientôt se développa une hémiplégie gauche, avec hémianesthésie; la malade vomit et tomba dans un état demi-comateux. Le lendemain, la situation était la même; il y avait eu de l'incontinence d'urine par regorgements. M. G. de la Tourette pensa qu'il s'agissait d'une lésion organique et non d'un sommeil hystérique. Deux jours après, la malade succombait après avoir présenté de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Il n'y avait rien eu dans les urines, le cœur et les artères étaient sains. Cette malade avait eu antérieurement, outre les accidents hystériques convulsifs, des hémoptysies légères que l'état d'intégrité des poumons n'expliquait pas. L'autopsie ne put être faite.

Dans un second cas, une hystérique de quarante ans, qui avait eu, en outre des crises convulsives, de la glycosurie passagère, des hématémèses répétées et des douleurs du sein tellement vives qu'on avait dû recourir à une opération chirurgicale; cette hystérique fut prise de ptosis, avec névralgies occipitales violentes, diplopie et sommeil devenant de plus en plus profond; pas de lésions organiques du cœur; pas de syphilis; les urines contenaient une quantité considérable de phosphates. Quelques jours après, congestion de la face, œdeme des paupieres, mort. On ne fit pas l'autopsie.

M. Gilles de la Tourette se demande, en présence de ces deux faits, s'il n'existe pas des troubles trophiques céré-

braux, œdème ou hémorragies analogues aux hémorragies et aux œdèmes hystériques que l'on observe au niveau d'autres viscères : sein, testicule, poumons, estomac, etc. Dans le premier cas, le tableau clinique était tout à fait celui de l'hémorragie cérébrale.

Voici d'ailleurs un nouveau fait qu'observe M. Gilles de la Tourette et qui semble donner raison à son hypothèse. Une dame de quarante deux ans, hystérique depuis son adolescence, fut prise à vingt-deux ans d'une hémiplégie gauche avec une hémianesthésie qui a disparu. On ne peut invoquer aucune des causes ordinaires pour expliquer cette hémiplégie qui est cependant organique, puisque le faisceau pyramidal a dégénéré : contracture du bras et trépidation spinale du membre inférieur.

M. Sevestre a observé naguère un enfant qu'il crut atteint d'hémorragie cérébrale. Cependant, deux jours après, la guérison était complete. Peut-être s'agissait-il d'œdème cérébral d'origine hystérique. M. Rendu a vu des troubles épileptiformes chez un enfant nerveux qui guérit parfaitement; M. Rendu incrimine également un œdème cérébral passager. M. Siredey rapporte deux faits analogues ayant trait à des adultes; dans l'un, on était absolument convaincu de l'existence d'une tumeur cérébrale; le malade mourut et l'autopsie fut complètement négative. Dans l'autre, on porta le diagnostic d'hémorragie cérébrale (hémiplégie classique et coma). Trois jours après tout avait disparu.

M. Hayem, enfin, fait remarquer que malgré tout l'intérêt des faits rapportés par M. Gilles de la Tourette, on ne peut cependant en tirer aucune conclusion, l'autopsie des malades n'ayant pas été faite.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. Tuffier a étudié le lavage du sang dans les infections chirurgicales.

Les infections intra-veineuses de solutions salines, dites « de sérum artificiel », sont passées du domaine expérimental dans la pratique médico-chirurgicale, et la belle découverte de MM. Dastre et Loye, sur le lavage du sang, en 1887, a reçu une sanction absolue de la pathologie humaine. Ces injections sont inoffensives sous les conditions de vitesse, de pression, d'asepsie et de perméabilité rénale posées par les auteurs.

Les résultats thérapeutiques obtenus contre les hémorragies trop abondantes et les maladies infectieuses sont déjà connus. Ils sont trop remarquables et trop constants pour être discutés, et ils font entrevoir de nouvelles et très nombreuses applications.

Depuis 1892, M. Tuffier a pratiqué une cinquantaine de ces injections successives de solutions physiologiques dans des cas de tétanos, d'hémorragies traumatiques, de septicémie péritonéale et d'infection rénale. Les résultats qu'il a obtenus sont très encourageants.

Le traitement du tétanos par le lavage du sang ne donnera pas toujours des succès; on connaît les formes curables de cette affection, et peut-être même les malades de M. Tuffier auraient-ils guéri sans les injections. Mais leur action a été si rapide et si nette qu'elle est indéniable, et la conclusion qui s'impose paraît être la suivante : Certaines formes de tétanos dans lesquelles le foyer d'origine ne pourra être atteint soit à cause de sa situation, soit à cause de son ancienneté, les bacilles ayant alors disparu de la plaie, pourront, en cas d'échec des moyens ordinaires, bénéficier rapidement du lavage du sang avec ou sans saignée.

M. Tuffier n'a pas insisté sur les résultats que lui ont donnés les injections intra-veineuses dans les hémorragies graves et dans les infections péritonéales; ils sont absolument remarquables et conformes à ce que l'on sait sur cette question.

Les quantités injectées ont varié de 3 à 8 litres. Cinq des malades de M. Tuffier doivent réellement la vie à cette méthode. L'une succombait à une hémorragie post-opératoire telle que, au moment où l'interne, M. Desfosses, fit l'injection, la malade était inerte, le réflexe cornéen n'existait plus, et la sensibilité avait disparu, si bien que cette personne ne s'est pas doutée de l'intervention à laquelle elle a dû le salut. Dans quatre autres cas, il s'agissait de septicémies péritonéales consécutives à des interventions sur l'abdomen. Chez tous ces malades, l'infection était de la plus haute gravité, la température peu élevée, le pouls incomptable. Les extrémités froides, violacées, indiquaient une intoxication particulièrement intense, celle même que l'on considère comme toujours mortelle, et l'issue fatale à brève échéance ne faisait aucun doute Ces malades ont guéri.

M. Tuffier a essayé cette même méthode dans deux cas d'infections rénales suppurées aiguës, alors que l'un des deux reins, plus malade, avait été ouvert et drainé. Les résultats qu'il a obtenus et que les lois de la physiologie pathologique pouvaient faire prévoir, ont été à peu près négatifs; il a pu provoquer une diurèse abondante, rendre à la bouche son humidité d'un pronostic généralement favorable, mais il n'a réussi qu'à prolonger de quelques jours la vie de ses malades. Il est probable que l'on trouvera certaines formes de pyélo-néphrites justifiables du lavage du sang, mais on ne peut actuellement en préciser les indications.

Le point de physiologie pathologique que M. Tuffier voudrait aborder a trait à un mode d'action de ces lavages. Il est logique de penser que les doses massives d'eau injectées entraînent les toxines, et, pour le tétanos, c'est la seule explication de l'effet du lavage; mais cette élimination ne peut avoir lieu que par un intermédiaire obligé, le relèvement et le maintien à une tension normale de la pression artérielle

Les conditions dans lesquelles on agit chez les malades diffèrent de celles dans lesquelles s'étaient placés les expérimentateurs. Les quantités d'eau injectées sont beaucoup moindres en pathologie humaine que dans les expériences de M. Dastre. On fait une injection intra-veineuse qui est une simple réplétion de l'appareil circulatoire, et s'arrête juste au moment où le lavage véritable commencerait, et cependant le résultat pratique est acquis, puisqu'on met ainsi en jeu l'action des émonctoires naturels (diurèse, sécrétion salivaire, diaphorèse, etc.). Une seconde différence entre les conditions d'expérimentation, c'est que le physiologiste agit sur un animal sain, dont la tension artérielle est normale, et le chirurgien, au contraire, sur un malade dont le pouls est petit, rapide, mou et fuyant. symptomatique d'une tension artérielle minima.

Depuis bien longtemps, M. Tuffier a remarqué que le premier symptôme d'une infection grave chirurgicale, c'est l'abaissement de la pression artérielle, et quand on observe les accidents qui terminent les péritonites suraiguës, on arrive à cette conviction que les malades succombent par asthénie cardiaque, soit que l'intoxication frappe les centres vaso-moteurs, soit qu'elle atteigne l'appareil nerveux du cœur lui-même. Le muscle cardiaque se contracte follement et à vide. Or, le premier effet d'une injection intra-veineuse, en pareil cas, c'est l'augmentation de la tension artérielle, la régularisation et la diminution des battements

du cœur. L'action est si rapide et si manifeste, qu'il est bien difficile d'y voir tout d'abord autre chose qu'une simple action mécanique, un véritable point d'appui donné à la contraction cardiaque.

M. Tuffier croit que cette tonicité rendue à l'appareil circulatoire joue, par elle-même, un rôle considérable. En effet, l'abaissement de la pression artérielle, provoquée par l'infection, a pour conséquence corrélative immédiate une sécrétion minima d'urines qui est réduite à quelques centigrammes, et cette suppression du filtre rénal, seule voie d'émonction, est un obstacle à l'élimination des toxines, et une cause de l'aggravation des accidents. Or, le second résultat bien net et presque immédiat d'une injection intraveineuse, c'est la diurèse. On voit les malades uriner de 1,000 à 3,000 grammes dans les vingt-quatre heures, suivant les quantités injectées. Cette urine renferme bien probablement un grand nombre des produits morbides qui empoisonnent le malade, et c'est alors que l'action du lavage véritable commence, et non seulement le rein, mais les glandes salivaires, la peau, l'intestin, contribuent, pour leur part, à l'élimination des produits toxiques. Il se fait, en somme, une guérison naturelle de la maladie, par mise en jeu des émonctoires naturels.

Le rétablissement de la tension artérielle et la continuation de l'injection intra-veineuse auraient même le pouvoir d'empêcher l'absorption au niveau des foyers morbides. Quoi qu'il en soit, il est certain que le manque complet d'ingesta chez les opérés doit singulièrement faciliter la résorption par les veines au niveau des régions infectées, et que le rétablissement de la pression normale doit les diminuer d'autant.

— MM. Gilbert et Claude ont étudié la tuberculisation du foie par l'artère hépatique. L'injection de bacilles tuberculeux dans cette artère détermine les lésions suivantes : au début, accumulation de leucocytes dans les espaces portes exclusivement et en particulier dans la paroi des conduits biliaires, moins souvent autour des veines ou dans le tissu cellulaire. La prolifération leucocytaire envahit rapidement ensuite tout l'espace porte où se constituent des follécules tuberculeux bien développés avec cellules géantes.

La lésion restant toujours limitée à l'espace porte, il est possible, dans certains cas, si les troubles circulatoires sont très prononcés par suite d'embolie, thrombose ou artérite tuberculeuse, que certains territoires hépatiques autour de l'espace porte subissent une nécrose plus ou moins étendue. Cette nécrose aboutit à une perte de substance, et la zone sphacélée est limitée par une bande fibro-conjonctive remplie de cellules rondes au milieu desquelles se voient quelques cellules géantes, des canaux biliaires de volume variable qui peuvent communiquer avec la cavité, enfin quelques vaisseaux. Tout autour, le parenchyme reste normal.

Lorsque l'évolution de la maladie a dépassé un certain temps, et la constatation a été faite au quarante-quatrième jour, les lésions tuberculeuses, qui étaient localisées aux espaces portes, se généralisent. C'est alors que l'on constate un peu dans toutes les parties du foie des nodules tuberculeux développés nettement dans l'intervalle des travées hépatiques.

Ainsi, l'infection tuberculeuse du foie par le vaisseau nourricier des parties composantes de l'organe, par l'artère hépatique, détermine une tuberculose d'un aspect spécial caractérisée par la localisation des lésions aux espaces portes et particulièrement aux canalicules biliaires qui reçoivent la plus grande partie des rameaux artériels. Cette tuberculose ne reste pas localisée et systématisée; elle se généralise suivant un processus observé déjà pour le poumon et le rein. Enfin, la disposition élective des tubercules au niveau des conduits biliaires permet d'envisager l'infection par la voie de l'artère hépatique comme une des causes possibles de la tuberculose des voies biliaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mai 1896

Photographie de la rétine.

M. Th. Guilloz signale à l'Académie le procédé qu'il a fait connaître en 1893 pour photographier la rétine, et qui lui a permis de résoudre la question dans des conditions applicables à la clinique.

Ce procédé est basé sur le principe suivant : quand la pupille est dilatée, on peut éclairer le fond de l'œil et pratiquer l'examen de la rétine au moyen d'une lumière et d'une loupe; on peut donc supprimer le miroir ophtalmoscopique. L'observation se fait ainsi sur l'image renversée, et c'est cette image que M. Guilloz reprend par l'objectif photographique. De plus, le temps de pose, si court fût-il, lui ayant paru une condition défavorable, il a dû recourir à l'instantanéité au moyen d'un dispositif spécial.

Les photographies obtenues ainsi reproduisent l'image ophtalmologique telle qu'elle apparaît dans l'examen à l'image renversée, avec les reflets de la lentille et de la cornée.

Source et nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire, d'après les échanges respiratoires, chez l'homme en état d'abstinence.

M. A. Chauveau communique les faits suivants : D'après les renseignements que fournissent les échanges respiratoires, la graisse ne constitue jamais le potentiel directement utilisé par les muscles en travail chez l'homme en état d'abstinence. C'est sous forme d'hydrates de carbone que ce potentiel énergétique est fourni à l'activité musculaire. Le travail des muscles tend à épuiser les réserves de glycogène et de glycose où ce potentiel est accumulé. Mais ces réserves, malgré l'abstinence, tendent à se reconstituer à mesure de leur consommation. Le quotient des échanges respiratoires montre que cette reconstitution a lieu surtout par transformation des graisses, dont l'utilisation comme potentiel énergétique consacré à la contraction musculaire se trouve être, de cette façon, tout à fait indirecte.

Destination immédiate des aliments gras, d'après la détermination, par les échanges respiratoires, de la nature du potentiel directement utilisé dans le travail musculaire chez l'homme en digestion d'une ration de graisse.

D'après les nouvelles études de MM. A. Chauveau, Tissot et de Varigny, il résulte que, lorsque le sang est saturé des principes gras que la digestion y a introduits, il n'est pas plus fait emploi de ces principes, pour le travail musculaire, que de ceux qui sont déjà incorporés dans l'organisme. Les uns et les autres ont bien pour destination dernière de concourir à la dépense énergétique des muscles en travail; mais ce n'est pas sous leur forme de corps gras qu'ils accomplissent cette destination : ils se transforment préalablement en hydrates de carbone. C'est sous cette dernière forme que les muscles absorbent et consomment le potentiel qui est la source de leur activité.

Quant à la destination immédiate des graisses alimentaires, elle ne peut être autre que l'entretien des provisions de potentiel de l'organisme : soit les réserves d'hydrates de carbone, si celles-ci sont appauvries au moment où l'absorption digestive a rendu utilisables les graisses alimentaires; soit surtout les réserves de tissu adipeux, où les principes gras s'emmagasinent en nature.

ÉCHOS & NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du prosectorat est définitivement composé ainsi qu'il suit : MM. Le Dentu, Tillaux, Poirier, Ricard et Retterer.

La premiere séance a eu lieu lundi. La question posée a été : « Parotide, anatomie et physiologie. Symptômes et diagnostic des tumeurs de la parotide ».

Les autres questions restées dans l'urne étaient : « Pancréas, anatomie et physiologie. Plaies de l'estomac. — Rectum, anatomie et physiologie. Symptômes et diagnostic du cancer du rectum ».

Consultation de médecine des hôpitaux de Paris. — L'Administration a à pourvoir, par suite de la nomination de MM. les docteurs Jeanselme et Jacquet, comme médecins des hôpitaux, aux deux places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au réglement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés par le directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions susénoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 15 juin prochain. Elles devront être adressées à M. le direct- ur de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Concours pour le clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 29 juin 1896, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints;

2° Pour le clinicat chirurgical : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et de deux chefs de clinique adjoints;

3° Pour le clinicat des maladies des enfants : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint;

4° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 21 juin 1896. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir :

1° Pour le clinicat chirurgical : Tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour de l'ouverture du concours;

2° Pour les autres emplois vacants de chefs de clinique ci-dessus désignés : Tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Le professeur Stolz. — L'Alsace vient de perdre un homme qui honorait la France tout entière.

Le professeur Stolz est mort le 22 mai, à l'âge de 72 ans. Depuis l'âge de 23 ans où il fut reçu docteur, Stolz, fils d'un officier de santé, travailla toujours, même après s'être *officiellement* résigné au repos.

Il fut nommé agrégé en 1829, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Strasbourg en 1834, doyen de la Faculté en 1846.

Lorsqu'on créa la Faculté de Nancy, après la guerre de 1870, il en fut nommé le doyen et il le resta jusqu'en 1880, époque à laquelle il prit sa retraite.

Société allemande de Chirurgie. — *Jubilé.* — M. le professeur Guyon, de l'Institut, et M. le Dr L. Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris, sont partis pour Berlin. Sur l'invitation de la Société allemande de Chirurgie, ils vont représenter l'Association française de Chirurgie au jubilé de cette Société qui a commencé le 27 mai et durera environ une semaine.

L'Union médicale du Nord-Ouest signale, avec très juste raison, les inconvénients de l'affichage des infirmités des conscrits.

« N'y a-t-il pas là un véritable abus qui peut porter le plus grand préjudice à l'avenir d'un jeune homme, à ses intérêts, à son mariage futur ? — On peut remédier à cette violation du secret par l'État, que la loi poursuivrait avec rigueur s'il s'appelait violation du secret médical. — Il suffirait d'inscrire, à la place de l'infirmité, un mot général, comme celui d'inaptitude ou de défaut. etc. On empêcherait ainsi, en grande partie du moins, qu'une infirmité, entraînant l'exemption du service militaire, fût connue de tous les compatriotes du réformé. — Car, c'est déjà assez pénible pour un pauvre garçon se présentant devant le conseil de revision de voir son infirmité révélée, non seulement aux membres du conseil, mais encore aux autres assistant's. »

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

Infirmerie de la Maison départementale de Nanterre

Service de M. le Docteur LAUGIER

Note sur un cas d'hémorragie protubérantielle, par M. R. Parmentier, interne du service, ancien interne des hôpitaux et prosecteur de l'École de Reims.

Dans les statistiques des hémorragies cérébrales, nous ne voyons figurer les hémorragies protubérantielles que dans la proportion moyenne de un huitième : aussi avons-nous cru devoir publier l'observation qu'on va lire, surtout à cause de la particularité des phénomènes cliniques.

E..... (Alphonse), cordonnier, âgé de cinquante-six ans, était, depuis le 17 décembre 1895, à la Maison départementale de Nanterre. Cet homme, d'une force et d'une vigueur remarquables, ne fit aucun séjour à l'infirmerie jusqu'au 20 mars 1896, où il tomba brusquement dans son dortoir, à 5 beures du matin. Transporté aussitôt dans le service de notre maître M. le Dr Laugier, ce malade reste étendu sans faire aucun mouvement; la face et le tronc sont fortement cyanosés, les yeux se meuvent de temps en temps machinalement, les pupilles sont très rétrécies; les réflexes cornéens et pupillaires sont entièrement abolis du côté gauche; à droite, la cornée est légèrement impressionnable.

La face est un peu déviée du côté droit, les mâchoires sont fermées. Les membres sont roides et contracturés, absolument insensibles aux piqûres, sauf le bras droit qui répond légèrement; le chatouillement de la plante du pied ne donne aucun résultat; les réflexes rotuliens sont conservés; de temps en temps, le malade est pris d'un tremblement généralisé qui cesse bientôt. Il y a également de la raideur de la nuque et du dos. La respiration est fréquente, bruyante et couvre les bruits du cœur: la percussion pulmonaire et cardiaque ne révèle rien d'anormal. Le pouls, fort et régulier, compte 76 pulsations à la minute. Le ventre est légèrement balloné, le foie normal; il y a, depuis le début de l'attaque, incontinence d'urine et de matières fécales.

La température est de 37°,8.

En présence de la force du pouls et de la cyanose de la face, il est pratiqué une saignée de 300 grammes de sang; deux injections d'éther sont également prescrites.

Vers midi, et à 4 heures du soir le malade pousse des cris violents et inarticulés. Il succombe le même jour, sans avoir repris connaissance, à 5 beures 25 du soir.

L'autopsie révèle les altérations suivantes : la dure-mère crânienne est fortement congestionnée; la surface des hémisphères cérébraux est normale; la coupe montre une dilatation assez marquée des ventricules latéraux et une ischémie considérable des noyaux centraux.

Au niveau de la protubérance annulaire, nous découvrons un foyer hémorragique s'étendant du milieu du plancher du quatrième ventricule, au niveau de l'aile blanche externe, jusqu'à 3 millimètres en avant du plan séparant les pédoncules cérébraux de l'isthme de l'encéphale. L'aqueduc de Sylvius présente d'abord, à l'origine de l'isthme de l'encéphale, sa configuration normale; puis, à 2 millimètres environ en arrière, il affecte la forme suivante : la partie supérieure est plane, la partie inférieure est constituée par une saillie médiane, de chaque côté de laquelle existe une rigole qui vient aboutir au foyer hémorragique; des faces latérales planes réunissent les surfaces inférieures et supérieures. La lumière du canal est absolument libre ; du côté droit, la rigole est légèrement rosée, le sang ayant infiltré le tissu nerveux, sans avoir rompu cette barrière à ce niveau.

L'aqueduc de Sylvius est ensuite interrompu brusquement; le tissu de la protubérance est fortement déchiqueté; l'hémorragie a altéré surtout la partie supérieure et antérieure; une coupe passant à 5 millimètres environ du bord latéral droit de l'isthme, montre le foyer s'enfonçant en forme de coin vers la partie médiane et inférieure. Du côté gauche, la même coupe montre un peu moins d'altération. Le plancher du quatrième ventricule a été détruit dans toute sa partie antérieure; il y a, en outre, infiltration sanguine des pédoncules cérébelleux supérieurs, surtout à gauche. Le reste du cervelet et la moitié postérieure du quatrième ventricule sont intacts : il n'y a pas de lésion du canal épendymaire.

Les poumons sont fortement congestionnés; le cœur, de volume et de poids normaux, ne montre pas d'altérations valvulaires; le foie et les reins présentent une congestion intense; l'estomac et les intestins sont normaux.

Réflexions. — Si nous étudions maintenant cette observation, nous constatons, d'abord, que l'hémorragie s'est produite dans le territoire des artères protubérantielles émanant du tronc basilaire; nous croyons même que la rupture doit appartenir aux protubérantielles médianes qui viennent s'épanouir au niveau du plancher du quatrième ventricule, car la partie inférieure et postérieure du pont de Varole est moins altérée que la partie antérieure et supérieure. Par suite de la déviation de la face à droite ainsi que de la plus grande sensibilité de l'œil et du bras de ce côté, il semblerait que la rupture a dû commencer du côté gauche.

La cause de cette hémorragie nous demeure inconnue. Nous ne trouvons dans l'examen général des organes aucune lésion pouvant justifier ou expliquer cet accident : l'arbre artériel était dans un état parfait; d'autre part, le malade n'a pas fait le plus petit effort, n'a pas eu la moindre émotion qu'on puisse considérer comme ayant joué un rôle dans la genèse de l'accident. Nous nous trouvons également appelé à nous demander pourquoi le foyer hémorragique s'est ainsi cantonné dans la protubérance, lorsque, d'un côté, le canal épendymaire, et de l'autre, l'aqueduc de Sylvius étaient absolument libres; cependant aucune goutte de sang n'a fusé d'un côté ou de l'autre.

Mais, ce qui nous a surtout paru intéressant, c'est la destruction presque complète de l'isthme de l'encéphale et la singularité du tableau clinique de ce malade. En effet, il n'y a eu ni hémiplégie alterne ni trouble du facial supérieur et inférieur, mais bien une contracture et une insensibilité générales. Devant ces faits, n'eussions-nous pas été en droit de conclure à une hémorragie cérébrale sans hémiplégie malgré l'unilatéralité primitive de la lésion, ainsi que nous en avons rapporté ici-même deux cas (1) ?

Société belge de Chirurgie. — La réunion extraordinaire de la Société belge de Chirurgie aura lieu, à Liège, le dimanche 28 juin. Il y aura réception à l'Hôtel-de-Ville, visite des hôpitaux et des instituts, séance au cours de laquelle sera discutée la question mise à l'ordre du jour : Enquête sur le cancer en Belgique.

Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg. — Une nouvelle chaire vient d'être ouverte à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg; elle sera consacrée à l'étude de la bactériologie pratique et à celle des maladies infectieuses.

(1) *Union médicale* du 14 décembre 1895.

VINGT-CINQUIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 27 au 30 mai 1896.

Les Allemands, plus pressés que les Français, n'ont pu attendre le cinquantenaire de la fondation de la Société allemande de Chirurgie, et ont, cette année, célébré le 25e anniversaire de sa fondation.

Le congrès a été très beau, paraît-il, et la chirurgie française, représentée par MM. Guyon, Ollier et Picqué, a reçu le meilleur accueil à Berlin.

Les autres nations y étaient, du reste, fort avantageusement représentées : l'Angleterre, par MM. Spencer Wells, Reginald Harrison et John Langton; l'Italie, par MM. d'Antona et Bottini; la Russie, par MM. Sklifossovski et Ebermann; les États-Unis, par MM. Halsted et Lange; etc., etc.

Ces solennités scientifiques ont, en Allemagne, pays militaire par excellence, une bien autre envergure qu'en France. Non seulement les séances sont suivies par des centaines d'auditeurs, mais encore un ministre, celui de l'Instruction publique, préside la première séance, et des fêtes toutes spéciales sont organisées avec l'appui du gouvernement. Si l'ensemble de ce congrès a été grandiose au point de vue de la représentation, on peut dire qu'il n'en a pas été tout à fait de même au point de vue scientifique. Rien de nouveau, rien de bien particulier n'a été dit dans les différentes séances, et il faut l'avouer, c'est aujourd'hui le sort de tous les congrès, l'information quotidienne absorbant tout ce qui peut se créer d'intéressant.

Nous allons analyser les principales communications, et nous commencerons tout d'abord par M. Von Esmarch, qui a pris la parole sur **l'évacuation artificielle du sang avant les opérations.**

Ce chirurgien a montré comment il est arrivé à sa découverte.

Trois obstacles existent en chirurgie : 1° la douleur; 2° le danger de l'opération (infection); 3° la quantité de sang qui est perdue sans nécessité.

Depuis 1846, la découverte de l'anesthésie a fait disparaître les inconvénients de la douleur. La lutte contre l'infection des plaies s'est terminée, grâce à l'antisepsie, puis à l'asepsie, par la victoire des chirurgiens. Depuis le début de sa pratique chirurgicale, il a cherché à surmonter le troisième obstacle : la perte de sang.

Quand il était assistant de Langenbeck, il apprit à économiser le sang en saisissant rapidement les vaisseaux avec des pinces à verrou. Il en employait

au début une douzaine. En 1852, il enleva un lipome du dos pesant 50 livres, qui lui fit placer quarante pinces.

Un cas de sarcome du genou, en 1854, lui fit diriger ses essais dans une autre direction. La compression de la fémorale avait été bien faite, et au cours de l'opération il s'était écoulé peu de sang. Mais en faisant l'examen du membre enlevé, il fut surpris de la quantité de ce liquide qu'il contenait, et par la suite il eut soin, avant chaque opération, d'envelopper le membre de bandes de toile.

Ce n'est pas seulement dans les amputations qu'il chercha à économiser le sang. Avec les appareils de Dieffenbach et de Desmarres, avec des anneaux de corne ou de métal, il eut soin de comprimer le pourtour des tumeurs. C'est ainsi qu'en 1865 il extirpa sans hémorragie une tumeur télangiectasique du pouce à l'aide du serre-nœud de de Gräfe, et qu'en 1868 il put opérer, sans perdre du sang, un cancer de la langue, après avoir placé une anse de fil d'argent autour de la racine de l'organe. Cette même année 1868, il enleva une volumineuse tumeur saillante de la peau de la cuisse après avoir placé son pédicule entre deux minces attelles de bois et l'avoir traversé de deux en deux centimètres à l'aide d'un fort fil d'argent.

En 1873, il fut appelé auprès d'une dame qui voulait faire enlever son alliance de son doigt gonflé, il entourait le doigt d'un fil enroulé en spires serrées de la pointe vers la racine, et il fit l'extraction de l'anneau. Cette dame, intriguée, demanda des explications, et à cette occasion il se rendit compte qu'on pouvait dans toute opération évacuer le sang du membre et ne pas l'y laisser refluer. Dès le lendemain, il appliquait avec succès sa méthode. Après quelques essais, il la fit connaître ; tout d'abord, elle n'attira pas l'attention, puis on lui en contesta la priorité et enfin elle fut acceptée.

Son procédé a un double objectif : refouler le sang hors des vaisseaux du membre ; 2° empêcher le sang d'y revenir. Pour le premier, il se sert encore de minces bandes de caoutchouc, et quand leur application est dangereuse (foyers inflammatoires, thromboses), il se borne à élever le membre verticalement. Pour le second, au lieu du tube primitivement employé, il se sert d'une sangle de tissu de caoutchouc. Ce lien n'est retiré que lorsqu'on a appliqué un bon pansement compressif. Ce pansement est une partie essentielle du procédé.

— **L'évolution des traitements modernes du goitre** fait l'objet d'une communication de M. Bruns.

Au nombre des succès de la chirurgie moderne, il faut placer les progrès accomplis dans le traitement du goitre. Il a fallu pour cela des études approfondies qui, après maintes erreurs de route, ont conduit au but.

Il y a vingt ans, la thérapeutique n'avait recours qu'aux effets de l'iode ; on redoutait beaucoup alors l'extirpation du goitre et on se bornait à enlever les goitres mobiles et pédiculés. C'est de 1877 que date le revirement qui est dû à Rose. Ce chirurgien attira l'attention sur les dangers du goitre ; l'antisepsie vint permettre d'obéir à ses prescriptions par des opérations impossibles à faire dans le passé.

Le goitre était traité autrefois comme une tumeur ordinaire, nécessitant une opération longue et laborieuse. Aujourd'hui, la technique opératoire a été réglée ; l'opération irrégulière et incertaine est devenue une opération typique, sûre, sans craintes d'hémorragies.

Un progrès considérable a été l'abandon de la trachéotomie préalable, ainsi que la recherche régulière des vaisseaux thyroïdiens et leur ligature. Ce dernier perfectionnement a singulièrement accéléré l'opération en facilitant l'hémostase.

En 1882, nous avons appris à connaître les graves accidents qui sont la suite de la suppression complète de la glande thyroïdienne (tétanie, cachexie strumiprive), et il a fallu des pertes douloureuses de plusieurs malades pour apprendre que le corps thyroïde est un organe indispensable à l'existence.

La chirurgie imagina alors de se borner à lier les artères thyroïdiennes pour ne pas supprimer complètement le corps thyroïde et n'amener que son atrophie. Mais l'incertitude des résultats ainsi obtenus fit que, dans ces dernières années, cette opération n'a été pratiquée qu'une cinquantaine de fois. Socin vulgarisa l'énucléation, progrès opératoire considérable, qui reste la méthode de choix dans les goitres kystiques. Malheureusement, cette énucléation devient impossible quand les nodules sont tres adhérents ou lorsqu'ils ne sont pas délimités ; il faut alors avoir recours à la résection. L'énucléation a l'inconvénient d'exposer à une hémorragie qu'il n'est pas toujours facile d'arrêter. La statistique de Bruns, portant sur 200 énucléations, indique, dans 70 °/₀ des cas, une hémorragie peu importante ; dans 20 °/₀, une hémorragie assez forte et, dans 10 °/₀, une hémorragie profuse. Il faut ajouter que dans 8 °/₀ des cas, il y a eu des hémorragies secondaires. Disons enfin que quand on fait l'énucléation de très nombreux nodules et qu'elle s'accompagne de ligatures abondantes, la fonction thyroïdienne peut être très compromise : c'est ainsi qu'il a vu une fois la tétanie se montrer chez un malade à qui il avait enlevé 30 nodules répartis dans toutes les parties du corps thyroïde.

Les interventions sur le corps thyroïde se sont tel-

lement perfectionnées dans ces derniers temps que, dans le cas de tumeur bénigne de cet organe, la vie n'est presque plus mise en danger. Sa statistique, portant sur 400 cas, donne une mortalité de 1/2 %; les 150 dernières opérations ont été faites sans un seul décès, bien que, en présence de troubles respiratoires, l'intervention chirurgicale n'ait été refusée à aucun malade. Les récidives ne sont pas rares, mais, sur 800 cas opérés, il n'en a vu qu'une douzaine pour lesquelles il a fallu recourir à une seconde opération.

Dans ces derniers temps, la thérapeutique a fait une précieuse acquisition. Elle a aujourd'hui un remède qui détermine une atrophie du goitre hyperplasique. C'est le traitement thyroïdien, mais il ne donne d'excellents résultats que dans cette variété de goitre; du moins dans les autres, il vient en aide au chirurgien en diminuant en particulier la vascularisation de l'organe.

— Après Esmarch et Bruns, nous avons une communication de M. Kœnig (de Berlin) sur l'**évolution de l'histoire de la tuberculose et considérations sur la tubsrculose externe (locale) et la tuberculoss des articulations.**

Depuis la découverte du nodule miliaire, nous dit l'auteur, il s'est écoulé de longues années jusqu'à ce que l'on ait compris que la tuberculose (Villemin), et en particulier la tuberculose locale, est une maladie spécifique. Cependant Bonnet avait déjà donné une bonne description des tumeurs fongueuses des articulations et soupçonné bien des choses que nous connaissons aujourd'hui. C'est ainsi qu'il avait vu le rapport de la scrofule avec la tuberculose; mais alors tuberculose était synonyme de mort, et cependant on voyait guérir des arthrites fongueuses. Aussi on décrivit, sous le nom d'affections tuberculiformes, les lésions de tuberculose locale jusqu'au jour où l'on dut reconnaître qu'elles étaient bien de la tuberculose véritable. Dès avant la découverte du bacille, les travaux de Volkmann, Hueter, Schuller, König, Krause, avaient peu à peu permis de démontrer les propositions suivantes par la clinique et l'expérimentation :

1° Une articulation devient malade par une unique invasion de matière infectieuse;

2° La maladie articulaire a sa source dans un foyer préexistant de tuberculose;

3° L'arthrite peut être une manifestation locale d'une tuberculose miliaire aiguë.

Nous connaissons aujourd'hui des faits considérables, relatifs à la marche de la tuberculose articulaire. On sait :

1° Que la guérison complète de la tuberculose est possible;

2° Qu'il est possible d'encapsuler complètement les foyers tuberculeux dans les articulations; on obtient ainsi une guérison et on produit la latence du foyer. Cet encapsulement peut, plus tard, être réduit, et c'est ainsi qu'après de nombreuses années les bacilles emprisonnés envahissent de nouveau les tissus.

Quelles déductions a-t-on tiré d'une meilleure connaissance de la tuberculose? Grâce surtout aux idées de Lister on a dirigé le couteau contre la tuberculose, et la résection précoce, la résection complète de l'articulation tuberculeuse, a dominé le traitement chirurgical; mais on s'aperçut bientôt qu'une articulation réséquée n'est pas une articulation idéale. On se rappela que beaucoup d'articulations, par un traitement de douceur, pouvaient guérir dans de bonnes conditions; et, comme toutes les formes n'étaient pas susceptibles de guérison, il fallut chercher ailleurs.

On poursuivit ainsi les foyers tuberculeux dans les articulations et l'on s'efforça de les détruire avant leur ouverture dans les articulations. On apprit alors à connaître le moyen de réprimer la tuberculose déjà à la période d'invasion.

L'introduction des medicaments anti-bacillaires dans les articulations (Hueter, Billroth, Bruns, etc.) donne des résultats remarquables. Mais cette méthode ne donna encore qu'une certaine proportion de guérisons, et on eut alors recours à une méthode sanglante, l'extirpation de l'articulation (arthrectomie, Volkmann, Kœnig).

Malgré tout, les opinions relatives au traitement sont trop divergentes, si bien que les chirurgiens voient encore le salut dans l'amputation, tandis que d'autres attendent encore la guérison sans intervention sanglante.

LA QUESTION DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

La question des étudiants et des médecins étrangers est venue à la Chambre des députés.

Mardi dernier, M. G. Berry a posé une question au ministre de l'Instruction publique. L'honorable député est loin de regretter la présence des étudiants étrangers dans nos Facultés, mais il ne voudrait pas les voir assimilés aux étudiants français, au point de vue du doctorat en médecine que les étrangers peuvent conquérir sans posséder le baccalauréat, ce qui leur donne un avantage sur les nationaux.

M. Rambaud, ministre de l'Instruction publique, a répondu que la loi de 1872, qui a autorisé les étudiants étrangers à obtenir, en France, le diplôme de

docteur en médecine a amené des abus. Il s'est préoccupé de cette question et il a pris des mesures pour restreindre les effets de cette loi. Il importe cependant de respecter les conventions internationales relatives à cette question.

Actuellement il y a dans nos Facultés de médecine 1,054 étudiants étrangers, c'est-à-dire 12 % du chiffre total des étudiants. La majeure partie de ces 1,054 étudiants étrangers appartiennent à la Russie, à la Roumanie, à la Bulgarie et à la Grèce La présence de ces étrangers dans les Facultés françaises est un éloge fait à notre enseignement. Fermer la porte de nos Facultés à ces jeunes gens serait une faute, car la plupart ne viennent chez nous que pour y étudier et retournent dans leur pays leurs études terminées.

Le ministre annonce, en terminant, qu'il étudie le moyen de donner aux étudiants étrangers un diplôme spécial qui les empêche de faire concurrence aux étudiants français.

M. Lannelongue a transformé la question en interpellation et a exposé le sujet dont voici le fonds, d'après le *Bulletin Médical* du 7 juin 1896 :

1° Étudiants. — Parmi eux on doit établir deux catégories, suivant qu'ils veulent ou non exercer en France. M. Lannelongue tient à ce que cette distinction soit absolue, et que, sous aucun prétexte, il n'y ait transformation possible d'un cas dans l'autre. Il serait inique que des étudiants, ayant demandé des faveurs, des avantages, en arguant de leur non exercice de la profession en France, puissent ensuite être autorisés à y pratiquer la médecine.

a) Étudiants étrangers ne voulant pas exercer. — Ce sont ceux-là que l'on doit surtout attirer, car ils contribuent à donner de l'éclat à la science française, à développer les sympathies à l'égard de notre pays.

Pour eux on peut admettre le système des *équivalences*, car le système d'éducation, les programmes d'instruction diffèrent d'un pays à un autre. L'équivalence portera sur le baccalauréat pour entrer au P. C. N., ou sur les études médicales, si l'intéressé est en cours d'études.

Les règles d'équivalence pour le baccalauréat seraient fixées pour chaque pays après une enquête sérieuse. Les règles d'équivalence des études seraient soumises à un jury pris dans la Faculté compétente.

L'équivalence établie, la Faculté n'admettrait le candidat que si elle avait de la place, c'est-à-dire que l'on ne verrait plus dans les Facultés un nombre d'élèves supérieur à celui qu'on peut y recevoir et y instruire. L'étudiant étranger, après la fin de sa scolarité, obtiendrait de l'Université où il est inscrit le titre de « docteur », titre purement honorifique et ne donnant pas droit à l'exercice de la médecine.

b) Étudiants étrangers voulant exercer en France. — Il va de soi qu'ils doivent posséder le même degré de culture que nos nationaux; n'ayant pas de service militaire à faire, ils sont par cela même déjà avantagés. Par conséquent, on exigera d'eux les baccalauréats ès lettres et restreint pour le P. C. N., et la Faculté ne les acceptera que si elle a de la place, c'est-à-dire si elle peut assurer leur instruction.

Une fois docteurs, pour exercer, ils seraient astreints à la taxe militaire, ce qui les assimilera aux Français qui ne font pas de service militaire.

2° Docteurs. — La même distinction doit se faire suivant qu'ils veulent ou non exercer en France.

a) Ceux de la première catégorie doivent être traités comme les étudiants voulant exercer dans notre pays : on doit leur demander les baccalauréats, le P. C. N., et ne leur accorder ni scolarité, ni examen.

b) A ceux qui ne veulent pas exercer en France, on pourra accorder l'équivalent pour le baccalauréat, pour scolarité; ils subiraient les examens de doctorat près de l'Université, qui les aurait acceptés.

En s'appuyant sur ces différentes considérations, M. Lannelongue propose l'ordre du jour suivant :

« La Chambre, voulant protéger à la fois les intérêts des médecins français et ceux de l'enseignement supérieur, invite le Gouvernement :

« 1° A ne plus accorder de dispenses aux docteurs étrangers ;

« 2° A ne conférer des diplômes donnant droit à l'exercice de la médecine qu'aux étudiants qui justifient du grade de bachelier exigé des étudiants français ;

« 3° A donner aux étrangers les plus grandes facilités pour leurs études médicales et l'obtention d'un titre de docteur purement honorifique. »

Cet ordre du jour n'est pas accepté, et la Chambre vote celui proposé par M. Bertrand, invitant le Gouvernement à déposer un projet réglant la situation des médecins et des étudiants étrangers.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1896

M. J. Chatin revient sur la question de la *nocivité des huitres* ; cette nocivité est très faible, si on la compare à celle des moules. Elle peut être rattachée à quatre conditions : le chromatisme, la période de reproduction, les altérations des tissus, les conditions d'ambiance.

1° L'huitre présente une coloration gris-verdâtre ; elle-peut-être plus blanche, ou bien brune, verte, jaune, d'après les matériaux de nutrition. Ces différents modes de chromatisme n'indiquent aucune altération des tissus,

et sont liés à différentes conditions générales, principalement au régime de l'animal. Le verdissement des huitres, en particulier, n'a jamais occasionné aucun accident.

2° On dit, d'une façon générale, que les huitres sont dangereuses pendant la période de reproduction, de mai à septembre. M. Chatin pense que l'huître laiteuse n'est pas dangereuse.

3° Les maladies de l'huître se décèlent facilement par la couleur, le goût, l'odeur. Quelquefois, elle prend une couleur verte due à l'altération, puis à la diffusion du pigment de la glande digestive ; il ne faut pas confondre cette teinte avec celle que prend l'huître après le verdissement.

4° Les conditions, milieu, sol et eau, dans lesquelles l'huître est élevée, peuvent avoir une grande influence sur sa nocivité. Si le sol est formé de vase fétide, les huitres deviennent malades; les cavités de la valve inférieure ou du manteau se remplissent d'un liquide fétide ; c'est ce que l'on désigne sous le nom de chambrage.

L'eau doit également être surveillée, et les faits rapportés dans la dernière séance, par M. Chantemesse, s'ajoutent aux faits déjà publiés en Angleterre, en Hollande, en Amérique, pour montrer comment l'huître peut devenir un agent de transmission des germes pathogènes.

— M. Panas communique ensuite un fait assez rare de tumeur du globe de l'œil; il s'agit d'un sarcome choroïdien survenu chez une femme de cinquante ans et pour lequel M. Panas pratiqua l'énucléation de l'œil; les céphalalgies dont souffrait la malade disparurent après cette intervention et la guérison se maintient encore neuf mois après l'opération.

— M. Porak lit un rapport sur une note de M. Audiffred sur la question de savoir s'il existe dans l'espèce humaine une maladie comparable à l'avortement épizootique qui sévit sur la race bovine. Ici, comme M. Nocard l'a démontré, l'avortement est dû à la contamination de la vulve de la vache par des micro-organismes du sol des étables.

Chez la femme, la fréquence des avortements peut aller jusqu'à atteindre les proportions d'une véritable épidémie; il en est ainsi dans certaines conditions hygiéniques réalisées au cours des sièges, des disettes, des grandes famines. La syphilis est une cause d'avortements récidivants ; il en est de même des lésions utérines ou péri-utérines, des intoxications, etc. ; mais il n'existe en réalité aucune maladie comparable à l'avortement épizootique.

— M. Berger présente ensuite deux malades défigurées par des brûlures étendues de la face et traitées par la greffe autoplastique. Le lambeau a été pris sur l'avant-bras; les résultats ont été excellents.

— Au cours de la séance, M. Fournier a présenté au nom de MM. Barthélemy et Oudin, la photographie d'une tuberculose osseuse de la main et la photographie d'une tuberculose du fémur chez une petite fille.

— Les rayons de Röntgen ont permis à M. Le Dentu de reconnaître la place occupée par une balle de fusil, dans l'angle formé par les deux branches de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale. La balle fut extraite facilement.

Élection d'un associé libre

MM. Roux..... (Élu.)	54 voix.	MM. Commenge.	3 voix.
		P. Richer..	3 »
Riviere...	4 »	Bertillon...	1 »
Corlieu...	4 »	Galezowsky	1 »
Bulletins blancs............	4		

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos du procès-verbal, M. Kirmisson donne une observation de *fibrome de l'oreille*. Il n'existait ni adhérence à la peau, ni adhérence au cartilage; mais on retrouve dans les anammestiques une petite plaie au lobule.

Doit-on envelopper tous ces faits sous le nom de chéloïdes? Il y a là une question difficile à trancher, suivant qu'on prend en considération la nature de la tumeur ou sa pathogénie.

M. Quénu prend ensuite la parole sur la même question. Il se demande, d'abord, quelle est la nature des tumeurs opérées par M. Odin et quel est le rapport de ces fibromes avec les chéloïdes. Les chéloïdes sont des fibromes cutanés, d'après Cornil, Lancereaux et bien d'autres histologistes, on ne peut donc se fonder sur la nature histologique; il faut pour classer un néoplasme voir aussi son évolution.

L'influence thérapeutique doit aussi être invoquée; car on a parlé de sarcome, en ce qui s'agit des chéloïdes, eh bien, les chéloïdes ne doivent pas être sarcomateuses, car l'irritation thérapeutique ne les fait pas progresser.

Quant à ce qui est de la thérapeutique, il est certain que dans bien des cas l'extirpation est décevante, à cause de la récidive. M. Richet la signalait autrefois dans ses cliniques, et M. Quénu est arrivé pour cette raison à ne plus les opérer.

Les médecins ont préconisé la scarification, la compression et l'électrolyse, que M. Quénu s'étonne de ne pas avoir vu mentionner. Il en apporte deux observations qu'il résume, et qui ont été suivies avec succès.

En somme, M. Quénu est plutôt d'avis que les tumeurs qui ont fait l'objet d'une longue discussion dans la dernière séance sont des chéloïdes.

M. Berger croit qu'il faut établir au pavillon de l'oreille une distinction entre les fibromes et les chéloïdes. Il a opéré des tumeurs fibreuses bien nettes, bien circonscrites. Les chéloïdes ont des caractères tranchés. Elles se développent chez de jeunes sujets lympathiques; elles sont superficielles, font saillie, ont un certain caractère inflammatoire, sont un peu douloureuses, un peu diffuses, envoient des ramifications. Elles présentent, suivant les moments, un volume et des caractères différents. Quant au traitement, il ne les enlève en général pas. Il emploie les scarifications et l'électrolyse ; mais il faut savoir que, quand ces chéloïdes sont très volumineuses, ces traitements sont sans effet.

M. Routier revient sur ce qu'il a dit dans la dernière séance, et soutient que quelle que soit la forme de ces tumeurs, ce sont des chéloïdes.

M. Tuffier parle de la thérapeutique et, s'appuyant sur sa pratique personnelle, vante la compression, qui lui a donné d'excellents résultats.

M. Championnière insiste pour prouver que ces tumeurs sont des chéloïdes, par cette raison qu'il existe des chéloïdes ailleurs, et que les tumeurs opérées récidivent, tandis que les fibromes ne récidivent pas. Quant aux traitements, ils ont tous réussi dans les chéloïdes; il est, par conséquent, difficile d'en vanter l'un à l'exclusion de l'autre.

M. Championnière serait assez partisan de l'extirpation; mais à une condition, c'est qu'on obtienne la réunion par première intention.

— M. Guinard fait une lecture portant sur *quelques réflexions sur l'appendicite, à propos d'un étranglement de l'appendice.*

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 17 JUIN 1896

1° Fin de la discussion sur la cholédochototomie (M. Ricard).

2° *Rapport*. — Fracture oblique du tibia; consolidation vicieuse; ostéotomie; extension continue, par M. Hartmann. Rapport par M. Kirmisson.

3° *Communications*. — Traitement du cancer du rectum, par M. Chaput. — Myxome des deux ovaires, par M. Potherat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 5 JUIN 1896

Les rechutes des fièvres éruptives sont très rares, et tous les cas bien nets doivent être recueillis. On a rapporté récemment à la Société des Hôpitaux (Chauffard et Lemoine), des exemples probants de rougeole à rechute.

M. COMBY présente aujourd'hui deux cas de scarlatine à rechute.

L'un de ces cas a été vu dans la clientèle de M. Pallier, ancien interne des hôpitaux, chez une fille de quatre ans, qui, quinze jours auparavant, avait présenté tous les symptômes d'une scarlatine normale.

Elle était en pleine desquamation, lorsque, tout à coup, la fièvre se ralluma et un nouvel exanthème scarlatiniforme se montra sur le tronc et sur les membres.

La malade guérit après des symptômes inquiétants : prostration, état typhoïde, diarrhée, hyperthermie.

Le second cas a été observé à l'Hôpital Trousseau, chez une fillette de six ans, entrée, le 16 avril 1896, au Pavillon d'isolement pour une scarlatine normale, avec forte fièvre et éruption généralisée pendant une semaine. Le quatorzième jour, alors que la fièvre était tombée et que la desquamation se faisait en larges lambeaux, l'enfant fut reprise de fièvre, avec éruption nouvelle semblable à la première. Cette rechute dura six jours et elle fut suivie d'une otite double; l'enfant guérit.

Les scarlatines à rechute, *scarlatines récurrentes*, sont rares; mais elles sont bien connues, et l'on en trouve des exemples dans les ouvrages de Hénoch, Barthez et Rilliet, Sanné (Dictionnaire Dechambre, article *Scarlatine*).

Tout récemment, M. Périgord (de Limoges) a publié, dans le *Limousin Médical* (avril 1896), une observation de scarlatine doublement récurrente, chez une fille de quatre ans. La troisième éruption scarlatineuse (deuxième rechute) n'a pas duré moins d'un mois dans ce dernier cas.

Comment interpréter ces rechutes? Dans les pavillons d'isolement, où les malades sont nombreux et entassés, on pourrait invoquer une réinfection, une nouvelle contagion. Mais la rechute survient, dans les familles, chez des enfants isolés, sans qu'il existe d'autre cas dans leur entourage, dans la maison qu'ils habitent (cas de M. Pallier); cette explication n'est plus admissible.

Il est donc probable que la rechute de la scarlatine reconnait la même pathogénie que celle de la fièvre typhoïde; c'est un processus mal éteint qui reprend, c'est un germe qui n'a pas épuisé sa virulence, ce n'est pas une maladie nouvelle qui se déclare.

M. RENDU a observé récemment un fait fort analogue à ceux que rapporte M. COMBY, mais il a interprété ce fait d'une façon toute différente: Un enfant a une scarlatine normale; pendant la desquamation apparaît une angine, une nouvelle poussée fébrile se produit ainsi qu'une nouvelle éruption scarlatiniforme. M. Rendu ne fit pas le diagnostic de rechute de scarlatine, mais celui d'infection streptococcique.

Il est cependant des faits qui s'accordent mal avec l'interprétation de M. Rendu.

Tel est, par exemple, celui que rapporte M. LE GENDRE et qui se résume ainsi : scarlatine normale, défervescence, commencement de desquamation, puis angine rouge et nouvelle scarlatine normale, absolument semblable à la première.

M. ROGER fait remarquer que la question des rechutes de fièvres éruptives soulève un problème très difficile, parce qu'on ne connaît nullement les agents pathogènes de ces maladies.

Il a observé, depuis le 1er janvier, 90 cas de scarlatine; dix fois il survint des éruptions secondaires pendant la convalescence; trois fois l'éruption était constituée par des érythèmes lichénoïdes ou papuleux; ces faits, qui ne peuvent être interprétéa comme une rechute de scarlatine, suffisent à faire émettre des doutes sur la nature des érythèmes scarlatiniformes de la convalescence.

Ceux-ci ont été observés chez cinq malades, ils ont duré deux ou trois jours, sans s'accompagner d'accidents manifestes; multiformes le premier jour, ils présentaient nettement, le second jour, l'aspect d'une éruption de scarlatine.

Enfin, deux malades, à la fin d'une scarlatine très grave, eurent des éruptions tout à fait identiques à celles de la scarlatine; dans un cas, il se produisit même un léger exanthème au niveau de la gorge, et, trois jours après la disparition de cette éruption, en survint une troisième, beaucoup moins étendue, mais s'accompagnant de phénomènes généraux assez graves.

Il existe donc toute une série de faits établissant des transitions entre les diverses variétés d'érythèmes, dont l'un simule à s'y méprendre la rechute d'une scarlatine. M. Roger ne nie pas la possibilité de cette rechute, mais il veut montrer la difficulté de cette question.

M. BÉCLÈRE pense que ce que l'on prend pour des rechutes de scarlatine sont simplement des érythèmes postinfectieux, dus généralement au streptocoque.

M. COMBY a observé souvent des érythèmes de cette nature après la scarlatine; mais il ne faut pas les confondre avec des rechutes de scarlatine, et c'est bien de rechute de scarlatine qu'il s'agissait dans les cas rapportés par M. Comby.

— M. DU GAZAL rapporte ensuite l'observation d'un cas de syphilis cérébro-spinale débutant quatre mois après l'apparition du chancre infectant. MM. CATRIN, BALZER, MÉNÉTRIER, citent également des faits dans lesquels les accidents cérébro-spinaux se montrèrent d'une façon très précoce au début de la syphilis

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

MM. G. LINOSSIER et LANNOIS ont envoyé à la Société un mémoire intéressant sur l'*absorption des médicaments par la peau saine*. Au point de vue pratique, la peau saine n'absorbe ni les solides, ni les liquides, ni les substances dissoutes : elle absorbe les gaz; aussi l'absorption des corps volatils est-elle théoriquement possible.

MM. Linossier et Lannois ont, les premiers, à l'occasion de leurs recherches sur le gaïacol, affirmé et prouvé que la peau saine, en dehors de toute friction, laisse pénétrer dans l'organisme des doses considérables de certains médicaments. Ils ont ensuite appliqué la méthode épidermique à la médication salicylée, et se sont adressés au

salicylate de méthyle, qui constitue les 9/10 de l'essence de Nuntergreen commerciale.

La technique des badigeonnages de salicylate de méthyle, applicable à tous médicaments destinés à être absorbés par la peau, est la suivante :

Le médicament est étendu au pinceau, sans frictions, ou même, plus simplement, uniformément répandu à l'aide d'un compte-gouttes sur un segment de membre, le plus généralement sur le niveau de la cuisse. Le badigeonnage est recouvert d'un tissu imperméable (gutta-percha) pour empêcher la diffusion des vapeurs, et enveloppé d'ouate, pour maintenir une température favorable à la volatilisation.

Le tout est maintenu en place vingt-quatre heures; si l'application doit être renouvelée, pratiquer le badigeonnage alternativement sur les deux cuisses.

Si la dose à appliquer est élevée, le liquide tend à s'écouler. On peut, dans ce cas, soit pratiquer l'application sur une plus large surface, soit enrouler autour du membre une bande de gaze sur laquelle on verse le liquide, et qui le retient par imbibition. L'incorporation du médicament à la vaseline ou à l'axonge semble diminuer l'absorption. A la suite de l'application cutanée de pommades renfermant 4 grammes de salicylate de méthyle pour 15 grammes de vaseline ou d'axonge, on n'a retrouvé dans l'urine des vingt-quatre heures que 0gr,42, 0gr,18, 0gr,14 d'acide salicylique.

Les indications des badigeonnages de salicylate de méthyle sont celles du salicylate de soude. D'après Rossbach, l'essence de gaulthiria, prise à l'intérieur, agit dans le rhumatisme articulaire aigu tout aussi bien que ce dernier médicament. Les applications cutanées de salicylate de méthyle exercent une action tout à fait comparable à celle des salicylates à l'intérieur. Ce fait était à prévoir, puisque le salicylate de méthyle se transforme dans le sang en salicylate alcalin. Aux doses de 4 grammes par jour, il n'y a aucun phénomène fâcheux, ni malaises, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles. Est-il besoin d'ajouter que, sur l'ingestion du salicylate de soude, les badigeonnages de salicylate de méthyle ont l'avantage précieux de ne pas fatiguer les voies digestives. Un autre est de constituer, en même temps qu'une médication générale, une médication topique applicable *loco dolenti*.

Le gaïcol et le salicylate de méthyle ne sont certainement pas les seuls corps que la peau peut absorber à dose thérapeutique, et la méthode épidermique n'est pas limitée à ces deux médicaments. Avant de tenter de la généraliser, il importe de se demander quelles sont les substances que l'on peut *a priori* supposer capables de pénétrer dans l'organisme à travers la peau saine.

Il résulte de toutes les expériences, mêmes positives, qui ont été faites, jusqu'ici, sur l'absorption cutanée, qu'il faut éliminer tous les corps non volatils. Les auteurs même qui ont conclu à leur absorption n'en ont jamais retrouvé que des traces.

C'est donc pour les substances volatiles seules que l'on peut utiliser la voie épidermique, et encore, parmi elles, faut-il faire un départ.

Les substances très volatiles à vapeurs facilement diffusibles, qui ne subissent aucune transformation dans l'organisme, l'éther, le chloroforme, par exemple, trouveront dans le poumon une voie d'absorption d'autant supérieure à la peau, que l'introduction de vapeurs par les bronches empêche l'élimination pulmonaire du médicament et par suite en permet l'accumulation dans le sang.

Il n'en est pas de même des corps qui, malgré un point d'ébullition très élevé, possèdent la propriété d'émettre, dès la température ordinaire, quelques vapeurs faiblement diffusibles.

Pour ceux-là l'absorption pulmonaire est illusoire, car l'air inspiré n'entraîne avec lui qu'une quantité insignifiante de médicament.

C'est précisément pour ces corps difficilement absorbables par voie pulmonaire, que la peau constitue une excellente voie d'absorption. La faible diffusibilité de leurs vapeurs importe peu, puisque le corps qui se volatilise est au contact même de la peau. Celle-ci absorbant les vapeurs au fur et à mesure de leur production, le médicament en fournit constamment de nouvelles. Il se volatilise, en somme, comme il ferait dans le vide, ce qui explique la rapidité de l'absorption. Il faut ajouter que la tension des vapeurs est trop faible pour que l'élimination pulmonaire du corps absorbé soit bien considérable. Aussi une certaine accumulation dans le sang est-elle possible. Cette accumulation, dans certains cas, est favorisée par des réactions chimiques qui enlèvent au corps toute sa volatilité (transformation du gaïacol en gaïacolsulfate de potasse, saponification du salicylate de méthyle).

Parmi les corps présentant l'ensemble de propriétés qui semblent déterminer la facile absorbabilité par la peau (il faut y joindre l'absence de toute causticité), il en est que la thérapeutique utilise ; les essences, par exemple.

L'essence d'eucalyptus, pour n'en citer qu'une, a été très employée dans le traitement de la tuberculose : elle s'absorbe bien par la peau. Étant donné que les voies digestives du tuberculeux doivent être ménagées avec un soin extrême, étant donné d'ailleurs que les injections sous-cutanées constituent un traitement difficile quand il s'agit de faire pénétrer des doses peu élevées de médicament, n'y aurait-il pas intérêt à employer l'eucalyptol, comme le gaïacol, en badigeonnages?

Le mercure, par plusieurs de ses propriétés (point d'ébullition élevé, tension de vapeur appréciable à basse température, action peu irritante sur la peau), se range parmi les corps plus absorbables par la peau que par le poumon. Aux médicaments qui se trouvent naturellement dans les conditions exigibles pour être absorbés par la peau, il faut ajouter ceux que l'on peut engager dans une combinaison présentant ces conditions.

C'est ce que MM. Linossier et Lannois ont réalisé pour l'acide salicylique. L'acide benzoïque pourrait de même être absorbé à l'état de benzoate de méthyle ou d'éthyle; l'iode, qui n'est que faiblement absorbable à l'état métalloïdique, le devient certainement à l'état d'iodure d'éthyle, etc., etc.

Il y a là toute une série de recherches à tenter.

— M. VIDAL a étudié la *cachexie dite palustre et son traitement*. Consécutive à une longue série d'accès intermittents ou survenant d'emblée, apyrétique, la cachexie palustre s'accompagne toujours du même cortège symptomatique : pâleur des téguments, surtout à la face; décoloration des muqueuses, teinte bleutée des sclérotiques; gêne respiratoire, œdème des malléoles, bouffissure de la face, augmentation de volume du ventre avec ou sans ascite. Les malades accusent des palpitations et de la cyanose, du refroidissement périphérique, du tremblement des membres; ils sont apathiques, inaptes à tout travail et présentent, avec du découragement, une profonde lassitude physique et morale.

L'examen de ces malades dénote, outre l'hypertrophie hépatique et splénique constantes dans le paludisme, une hypertrophie cardiaque assez prononcée. A l'auscultation, les battements du cœur sont affaiblis et irréguliers, le

pouls fait de fréquents « faux pas », et, fréquemment, au lieu du bruit systolique de la pointe, on entend un souffle que suit un second bruit assourdi.

Ces symptômes, que M. Vidal a recherchés de parti pris chez tous les cachectiques palustres, depuis dix-huit mois, se sont toujours montrés purs ou avec quelques variantes. Dans certaines régions de la banlieue de Blidah, où le paludisme frappe à coups redoublés sur le colon, où le moindre traumatisme ou le simple accouchement devient prétexte à l'accès de fièvre et à la cachexie consécutive, amenant ainsi une véritable déchéance physique, il a trouvé maintes fois cet ensemble symptomatique qui rappelle en tout point celui de la myocardite.

C'est à cette myocardite que paraissent dus les troubles cachectiques des paludéens, et c'est contre cette myocardite, ou plutôt contre l'asystolie qu'elle entraîne à bref délai, que M. Vidal a dirigé les efforts de la thérapeutique.

Considérant le cachectique palustre comme un cachectique cardiaque, il a employé systématiquement la médication diurétique chez tous les anciens paludiques présentant l'ensemble symptomatique décrit plus haut. Ceux qui ont pu tolérer le régime lacté absolu en ont tiré d'excellents résultats; mais il est rare, en dehors de la pratique hospitalière, de pouvoir imposer au colon, imbu de préjugés, l'abstention de toute nourriture solide, et l'on est contraint d'avoir alors recours au régime lacté mitigé. On joint à cela la lactose à haute dose de 50 à 60 grammes par jour; si le cœur est par trop faible ou délirant, cinquante gouttes de solution de digitaline cristallisée au millième (Huchard) sont données en une seule fois au début du traitement. On continue par la solution de M. Millard, à l'oxymel scillitique et aux sels de potasse, ou, si le malade n'a pas eu de digitaline, par le vin de Trousseau. Le malade prendra en outre un centigramme de calomel chaque matin pendant dix à quinze jours.

Sous l'influence de ce traitement, des malades qui, au début, urinaient 500 ou 600 grammes d'urine acajou, donnent, au bout de quelques jours, 2 ou 3 litres d'urine jaune paille. En même temps disparaissent les œdèmes et s'éclaircit le teint; le cœur régularise ses battements, les souffles s'amendent, et, au bout d'un laps de temps variant de quinze à quarante jours, le malade, n'étant plus cachectique, peut suivre avec chances de succès le traitement du paludisme chronique par les glycéro-phosphates, l'arsenic et l'hydrothérapie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er juin 1896

De l'influence de certains agents pathologiques sur les propriétés bactéricides du sang. — Note de M. E.-S. London, présentée par M. Marey.

Pour établir les propriétés bactéricides du sang, M. London a procédé de la façon suivante : il prenait à une artère et versait dans une fiole d'Erlenmeyer stérilisée une petite quantité de sang qu'il dépouillait de sa fibrine; le sérum, teint en rouge, était transvasé dans un tube à réaction également stérilisé; ce sérum était ensuite ensemencé au moyen d'une certaine quantité de culture fraiche (douze à seize heures) de bacilles du charbon sur agar-agar; enfin, de temps en temps, il prenait une goutte de ce sérum et l'ensemençait sur gélatine dans des capsules de Petri.

Ce point acquis, M. London a recherché l'influence du jeûne, de la respiration génée, de l'excitation des nerfs sensibles, de l'urémie, de la narcose chloroformique, du refroidissement et de l'obscurité.

I. *Influence du jeûne.* — Les observations ont porté sur 19 pigeons, dont 4 furent privés de toute nourriture solide et liquide, 3 furent mis à la demi-ration, 3 à un quart de ration et 3 à un huitième de ration; les 6 autres sujets eurent des pois et de l'eau à discrétion. Toutes les fois qu'on diminua la ration journalière, on ne se borna pas à réduire la quantité de nourriture solide; on supprima, dans la même proportion, la ration d'eau. Certains pigeons, après avoir été soumis au jeûne, furent nourris de nouveau copieusement. Quand ils eurent recouvré leur poids primitif, on procéda de nouveau à l'examen des propriétés bactéricides de leur sang.

Sauf un pigeon dont le sang conserva ses propriétés bactéricides, tant sous le régime de la demi-ration que sous celui du jeûne absolu, le sang de tous les autres animaux en inanition perdit, en partie ou en totalité, ses propriétés bactéricides; les animaux de contrôle conservèrent, au degré habituel, les propriétés bactéricides de leur sang; il en est de même pour les pigeons qui, après avoir été soumis au jeûne, ont été nourris copieusement.

II. *Influence de la respiration génée.* — Les observations ont porté sur 15 lapins, dont 8 d'expérience et 7 de contrôle. Conditions de l'expérience : l'animal est attaché et subit la trachéotomie; le tube en caoutchouc adapté à la trachée est comprimé graduellement au moyen d'une serre-fine; au bout d'une heure à une heure un quart, il se produit une cyanose accentuée qu'accompagnent, de temps à autre, des convulsions; l'expérience prend fin avant la mort du sujet; on prélève le sang avant d'enlever la serre-fine. L'animal de contrôle a été également attaché a la table d'opération sur laquelle il est gardé pendant la durée de l'expérience; il lui a été pratiqué également une incision au cou, mais il n'a pas subi la trachéotomie.

Les propriétés bactéricides du sang, chez l'animal soumis à la suffocation, disparaissent ou sont sensiblement diminuées; elles demeurent en l'état habituel chez les animaux de contrôle.

III. *Influence de l'excitation des nerfs sensibles.* — Les observations portent sur 15 lapins, dont 8 d'expérience et 7 de contrôle.

Conditions de l'expérience : l'animal est attaché à la table d'opération, le dos en dessus; on met à découvert le nerf sciatique et on le lie; le bout central de ce nerf est excité au moyen d'un courant intermittent, une heure trente minutes à deux heures trente minutes durant (les pauses étant de trois à quatre minutes). L'animal de contrôle est maintenu attaché sur la table d'opération pendant la durée de l'expérience; il lui est fait la même blessure, mais le nerf n'est ni lié ni soumis à l'action du courant.

Chez un des animaux d'expérience, les propriétés bactéricides du sang ont disparu; chez les autres, elles sont plus ou moins affaiblies; le sang des animaux de contrôle a gardé ses propriétés bactéricides à l'état habituel.

IV. *Influence de l'état urémique.* — Les observations ont porté sur 7 lapins, dont 4 d'expérience et 3 de contrôle. Conditions de l'expérience : l'animal est attaché sur la table d'opération, le ventre en l'air; faible anesthésie à chloroforme; les deux uretères sont liés près de la vessie; le sang destiné à l'étude est pris le deuxième ou le troisième jour, et, si l'animal survit, également le quatrième jour; on mesure la température du corps et l'on suit les variations du poids du sujet qui n'est privé ni d'aliments ni d'eau. Les animaux de contrôle sont gardés dans des conditions normales; il leur est fait de petites saignées en même temps qu'aux animaux d'expérience.

Dans le début, les propriétés bactéricides du sang des

animaux d'expérience sont intactes ; puis, au fur et à mesure du développement de l'état urémique (abaissement de la température, etc.), cea propriétés diminuent et peuvent enfin disparaître tout à fait (on a pu constater ce dernier phénomène chez un animal dont le sang a été prélevé et examiné peu de temps avant sa mort); chez les animaux de contrôle, les propriétés bactéricides du sang demeurent à l'état normal.

V. Les expériences relatives à l'influence de la narcose chloroformique aiguë (quarante-cinq minutes à une heure quinze minutes de durée) et d'un refroidissement de courte durée, abaissant la température du corps jusqu'à 30°-20° C. (bain froid de cinq à dix minutes) ont donné des résultats négatifs.

VI. L'influence de l'obscurité ne se manifesta que par des résultats indécis.

ÉCHOS & NOUVELLES

Autorisation de débiter le sérum. — L'Académie de médecine autorise : 1° l'Institut Pasteur à débiter le sérum antidiphtérique de Roux, le sérum antistreptococcique de Marmorek, et le sérum antitétanique ; 2° les laboratoires de Bordeaux, Montpellier et Marseille, à débiter le sérum antidiphtérique.

Elle refuse à M. Bernheim l'autorisation de débiter le sérum antipneumonique, anticancéreux et antituberculeux.

Prix Larrey. — L'Académie a désigné comme membres de la Commission du prix Larrey (destiné à récompenser le meilleur ouvrage présenté par un chirurgien des armées de terre ou de mer) qui doit être attribué cette année pour la premiere fois : MM. Guyon, Lannelongue, Marey, Bouchard et Potain.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret, en date du 1er juin 1896, le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans les testament et codicilles olographes des 6 juillet 1893 et 17 octobre 1894, le legs fait à ladite Faculté par le sieur Jean-Benoit-Ernest Gingibre, docteur en médecine, de la nue propriété d'une somme de 30,000 francs, dont le revenu, converti en rente 3 % sur l'Etat français, sera employé, trois mois après le décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix biennal, sous le nom de « Prix Gingibre », et destiné à l'auteur de la meilleure thèse sur un sujet d'hydrologie médicale.

Congrès international de chirurgie. — Il est question d'organiser périodiquement un Congrès international de chirurgie qui siégerait alternativement dans les quatre pays suivants : Grande-Bretagne, France, Allemagne, Amérique. Les langues officielles du Congrès seraient le français, l'allemand et l'anglais. La première réunion internationale de chirurgie aurait lieu à Londres en 1900.

La microbiologie et l'agriculture. — Le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur, de Lille, vient de faire un rapport d'un extrême intérêt, sur la microbiologie et l'agriculture. Si le microbe, dans son acception redoutable, est la source de toutes sortes de pestes et de maladies, encore faut-il lui reconnaître, équitablement, un rôle utile lorsqu'il le remplit, et c'est ce qui lui arrive dans l'ordre général des choses : il est au début et à la fin de toute évolution.

Ainsi que le constate le Dr Calmette, les microbes du sol décomposent la plante morte en ses éléments, en acide carbonique, en eau, en ammoniaque ou en carbone, en hydrogène et azote, et se chargent ensuite de reconstituer l'acide carbonique, l'eau, l'ammoniaque, qui serviront à alimenter un nouveau végétal.

Tous les corps organisés, animaux ou végétaux, sont constitués par des éléments chimiques simples empruntés à l'atmosphère où ils existent : l'oxygène, l'hydrogène, le carbone et surtout l'azote. L'acide carbonique fournit le carbone aux plantes, qui le passent aux animaux ; l'eau fournit l'hydrogène et l'oxygène ; les carnivores trouvent l'azote dans la chair des herbivores, qui le prennent dans les plantes. Mais celles-ci, par quel mécanisme l'empruntent-elles à l'atmosphère et le fixent-elles dans leurs tissus ? C'est encore la microbiologie qui résout ce problème. Grâce aux travaux des Berthelot, des Schlœsing, des Müntz, Hellriegel, Prillieux, Laurent, Winogradsky et autres savants, nous savons que ce sont des microbes qui transforment l'azote gazeux en azotate organique ; les uns forment l'azote nitreux, d'autres l'azote nitrique.

La fertilité du sol dépend de la facilité avec laquelle les ferments produisent les nitrates. Un humus dépourvu de ferments nitrifiants est voué à la stérilité. Comment activer la multiplication de ces ferments ? Par les artifices de culture généralement employés, artifices que l'expérience nous faisait employer sans en connaître le pourquoi : certaines légumineuses, pois, luzernes, trèfles, vesces, donnent à la terre une fertilité extraordinaire pour l'année suivante. D'où viennent les nitrates produits par ces plantes ? Ils proviennent de microbes, énergiques fixateurs d'azote, vivant aux dépens de la plante dans de petites nodosités ou tubercules des racines, mais lui fournissant, en échange, tout l'azote dont elle a besoin, et au delà. La plante morte, la terre est fertilisée autour d'elle.

Si les doctrines pastoriennes ont déjà fait faire d'immenses progrès à l'agriculture, on peut en attendre de plus immenses encore. Lorsque nous aurons appris à multiplier à volonté les microbes qui constituent la matière organique comme nous savons déjà asservir ceux qui la décomposent, il nous sera possible de fabriquer nous-mêmes, à peu de frais, les engrais correspondant aux besoins de chaque culture. On sèmera dans un champ les germes des microbes fixateurs de l'azote atmosphérique, et la terre de ce champ servira à fumer les autres.

C'est là évidemment un aperçu audacieusement scientifique, mais il repose sur des bases expérimentales déjà suffisamment solides pour qu'il soit permis de l'envisager sans dépasser les limites de la réalité. (*Gazette hebdomadaire.*)

Le quatre-vingtième anniversaire du Dr Roussel. — M. le Dr Roussel, sénateur, va prochainement atteindre ses quatre-vingts ans. A cette occasion, une cérémonie grandiose aura lieu à Paris, et une médaille d'or sera offerte par souscription au promoteur de la loi du 23 décembre 1874.

Mortalité par tuberculose dans les grandes villes de la Suisse comparée à celle de Paris. — On sait que dans les grandes villes la mortalité par tuberculose atteint chaque année des proportions considérables, mais il ne faudrait pas croire que cette mortalité soit en rapport direct avec la densité de la population. C'est ainsi que si l'on compare le total des décès par tuberculose dans les sept grandes villes de la Suisse (Zurich,

Genève, Bâle, Berne, Lausanne, Fribourg et Saint Gall) avec la mortalité par la même maladie constatée à Paris pendant la même période (1891-1895), on trouve qu'au cours des cinq dernières années, et sur une population moyenne de 380,000 habitants, la moyenne annuelle de la mortalité par tuberculose s'est élevée pour les sept villes susdésignées de la Suisse, à 19.21 °/. de la mortalité générale. Or, à Paris, cette même mortalité par tuberculose n'a été que de 22 83 °/° de la mortalité générale.

Si l'on rapporte maintenant la mortalité annuelle par tuberculose au chiffre de la population, on arrive à la proportion de 3.65 °/°° pour la Suisse, et de 4.76 °/°° pour Paris. Comme on le voit, l'écart est peu sensible : sur 1,000 habitants, il meurt chaque année à Paris une personne de plus par tuberculose que dans l'ensemble des sept grandes villes de la Suisse. *(Semaine médicale.)*

Association de la Presse médicale Française. — Souscription Laffitte. — Le trésorier de l'Association de la Presse médicale vient de remettre au trésorier de la sous-commission de l'affaire Laffitte la somme de 1,000 francs, montant de la souscription de cette Association.

La situation de cette souscription est actuellement la suivante :

Recettes.		
Sommes remises directement au Secrétaire général de l'Association de la Presse médicale		14.012 83
Dépenses.		
1° Frais divers (impression de circulaires et expédition ; impression et envoi de brochures, etc.)	478 94	
2° Sommes remises à M. Laffitte jusqu'à ce jour	7.524 20	8 003 14
Au 1er juin 1896, reste en caisse		6.009 69

Le choléra en Egypte. — *Troubles universitaires.* — De graves accidents se sont produits au Caire, à raison de certaines mesures ordonnées par les autorités pour combattre l'épidémie cholériforme. Les étudiants syriens de l'Université d'El Azhar ont refusé de laisser désinfecter leurs locaux, où ils se sont barricadés pour empêcher la police d'y pénétrer. Les agents, conduits par l'inspecteur en chef, Coles pacha, ont été reçus à coups de pierres ; le gouverneur du Caire, Bibanchi-Mansfeld, et son adjoint, le major Rufle, accourus pour rétablir l'ordre, ont été blessés, le premier assez grièvement, d'un caillou à la tête. Finalement, la police a fait feu, six étudiants ont été tués, plusieurs blessés à mort. Près de 200 arrestations ont été opérées, dont 120 ont été maintenues. Dans les poursuites qui vont être intentées aux auteurs présumés de cette espèce d'émeute, sera compris le cheikh Hassouna, un des directeurs de l'Université d El Azhar, qui, retranché dans la mosquée de cette institution, refusa d'user de son autorité pour persuader les étudiants de se soumettre.

Difficultés de la désinfection. — Dans une correspondance du Caire sur l'épidémie cholériforme, le *Times* cite l exemple suivant de fanatisme : Un fonctionnaire européen, qui était en train de procéder a la désinfection d'une maison où un décès cholérique s'était produit, a été attaqué par la foule, qui a arrosé le malheureux avec l'acide sulfurique dont il s'était servi. Le fonctionnaire, assez grièvement brûlé, a pu se réfugier dans un poste de police, qui a été aussitôt entouré par une foule menaçante. Il a fallu l'intervention des agents de police à cheval pour disperser le rassemblement. D'ailleurs, ajoute le correspondant anglais, la partie pauvre de la population se montre très hostile à toutes les mesures sanitaires. Des tentatives ont été faites en vue de détruire une machine élévatoire qui fournit gratuitement aux habitants l'eau du Nil. *(Progrès médical.)*

La sérothérapie à la Chambre des Députés. — Dans sa séance d'avant-hier, la Chambre s'est encore occupée d'une question médicale de la plus haute importance : d'une subvention à donner à l'Institut Pasteur et aux laboratoires de médecine, dans le but de pousser les études de sérothérapie.

Comme on le voit, il y a là une tendance louable, et, chose curieuse, cette proposition n'a pas été faite par un médecin, et très peu de docteurs ont pris part à la discussion. Le professeur Lannelongue a défendu la demande des crédits, mais il a été pour ainsi dire seul; il ne manque cependant pas de confrères à la Chambre des Députés.

En revanche, les pharmaciens ont donné; mais, chose curieuse encore, pas pour soutenir la proposition, pour la combattre, au contraire, comme on peut s'en rendre compte par le résumé que nous donnons des débats.

C'est sous la forme d'une demande de crédits extraordinaires, que M. Audiffred a soulevé cette discussion, qui a mis aux prises plusieurs hommes éminents siégeant au Palais-Bourbon, MM. Bourgoin et Villejean, professeurs à l'Ecole de pharmacie, et M. le professeur Lannelongue, le chirurgien bien connu.

M. Audiffred demande le vote d'un crédit de 250,000 fr. à prélever sur les fonds du pari mutuel, et qui doivent être alloués pour recherches scientifiques, à l'Institut Pasteur et aux divers laboratoires de nos Facultés de médecine de Paris et des départements.

Cette proposition, malgré tout l'intérêt scientifique et humanitaire qu'elle comporte, a été très vivement combattue, d'abord par M. Gabriel Dufaure, qui s'est élevé contre le système imaginé par M. Audiffred pour se procurer le crédit. Suivant cet honorable député, « les fonds du pari mutuel ont reçu une affectation spéciale, et il serait dangereux d'en distraire la plus petite partie. »

M. Gabriel Dufaure a pris la question au point de vue administratif et non au point de vue humanitaire; il y a là des affaires de finances difficiles à modifier.

Mais M. Bourgoin s'oppose au vote du crédit pour une autre raison : il ne veut pas que l'argent des contribuables soit employé à faire des expériences scientifiques dans les *laboratoires de médecine.* « De mon temps, ajoute-t-il, on se contentait de laboratoires tres modestes, et des expériences aussi intéressantes qu'aujourd'hui s'y faisaient sans luxe.

« Mais, s'écrie M. Jaurès, les laboratoires qu'on vous donnait, c'était de l'argent. »

M. Villejean est de l'avis de M. Bourgoin pour refuser le crédit, mais il s'affirme sur la valeur du sérum et il la juge peut-être un peu légerement, plus en pharmacien qu'en médecin.

« Il est dangereux, dit-il, de lancer des *laboratoires de médecine* dans la voie des recherches d'application de la sérothérapie, c'est à peine si l'on sait aujourd'hui que cette méthode donne de bons résultats dans le traitement de la diphtérie.

« Le congrès de Bordeaux n'a-t-il pas eu, l'année dernière, pour résultat de démontrer que certains partisans de la sérothérapie n'étaient que des charlatans? (Exclamations sur divers bancs.)

« A l'hôpital Trousseau, le Dr Variot a constaté que l inoculation de sérum Marmoreck é ait parfois très dangereuse pour les malades. »

« Le sérum n'est pas si dangereux que cela, bien au contraire, j'ai un ami qui lui doit la vie », s'écrie M. Bourgeois (de la Vendée).

M. Audiffred défend avec conviction sa proposition.

Le crédit qu'il demande a pour but de rechercher les moyens scientifiques de guérir des maladies infectieuses qui font, comme la tuberculose et la rougeole, des milliers et des milliers de victimes par an, et qui sont cent fois plus meurtrières qu'une guerre.

Le député de la Loire donne un exemple: la guerre de 1870 nous a coûté 135,000 existences, alors que la tuberculose fait, chaque année, 160,000 victimes, alors que la rougeole et la scarlatine en font 64,000.

N'est-ce pas là un chiffre effrayant qui, d'ailleurs, frappe la Chambre?

Le désir de M. Audiffred de faire un pas en avant dans le sens qu'il a indiqué est tel, qu'en terminant son discours il consent à une concession : qu'on lui donne pour cette année 125,000 francs, et il en sera satisfait. M. Audiffred est convaincu qu'une fois dans l'engrenage, les Chambres ne pourront plus refuser une subvention annuelle qu'il juge comme indispensable.

MM. Millerand et Jaurès n'acceptent pas la concession proposée : ils annoncent qu'ils reprennent pour leur compte le chiffre primitif de 250,000 francs.

M. Pourquery de Boisserin est de cet avis. Il s'étonne même qu'on demande cet argent aux fonds du pari mutuel; ne vaudrait-il pas mieux demander, au titre du ministère de l'Instruction publique, un crédit extraordinaire de 250,000 francs?

« Tous les pères de famille, dit-il, vous sauront gré de cette mesure. »

Comme quelques protestations s'élèvent sur quelques bancs, M. Pourquery de Boisserin, avec sa pétulance habituelle, crie aux interrupteurs : « On voit bien que vous n'avez jamais perdu d'enfants ».

M. Pourquery de Boisserin a mille fois raison.

M. Lannelongue apporte ensuite l'appui de sa haute compétence à la proposition. en montrant à la Chambre que l'outillage d'un laboratoire de médecine a toujours besoin d'être augmenté par le fait même des découvertes quotidiennes.

Finalement, après une intervention de M. Méline qui accepte de prélever 125,000 francs sur les fonds du pari mutuel, pour éviter une inscription régulière au budget, le projet est renvoyé à la commission du budget qui devra faire, entre les facultés, une répartition équitable.

Nous prenons ces renseignements dans le journal *Le Matin* et ne pouvons que féliciter la Chambre de sa décision.

Le secret médical et les Compagnies commerciales. — La Société de médecine légale a été saisie de la question suivante : Une Compagnie industrielle ou commerciale peut-elle exiger d'un médecin, rétribué pour soigner ses employés ou ouvriers, qu'il lui fasse connaître le nom des affections dont sont atteints ses malades?

A l'unanimité, et on peut dire sans discussion, la Société a proclamé que le médecin qui céderait à ce désir violerait le secret professionnel.

Hospice de Kazan. — On vient de fonder à Kazan un hospice destiné à recueillir toutes les victimes de l'alcoolisme. Il sera dirigé par M. Darkchewitch.

D'autre part, la Société de Tempérance de Moscou aurait chargé M. Korovine de solliciter du Gouvernement l'autorisation, de créer à Moscou, un établissement hospitalier à l'instar de celui de Kazan.

La greffe entre serpents. — On connaît le « rat à trompe », infortuné rat sur le nez duquel un zouave et P. Bert ont greffé la queue d'un de ses congénères. Or, un médecin de San Francisco, d'après ce que rapporte la *Revue scientifique*, greffe entre eux des serpents et obtient des résultats. Voici en quoi ont consisté ses recherches. Ayant observé, après d'autres, que la queue des serpents tués conserve les apparences et certaines manifestations de vitalité pendant un temps assez long après que le reste de l'animal a cessé de vivre et, en second lieu, ayant observé que la queue proprement dite, chez certaines espèces, est constituée exclusivement par des muscles et des tissus mous, la colonne vertébrale cessant à peu près à mi-corps, il a eu l'idée de couper la queue à deux serpents d'espèce distincte et de greffer la queue de l'un au corps de l'autre, en rapprochant les tronchons coupés au moyen de quelques points de suture. Quatre tentatives auraient été infructueuses pour commencer, mais la cinquième aurait réussi. (*Gazette hebdomadaire.*)

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles Dieu, 8 et 10.

N° 25. L'UNION MÉDICALE 20 Juin 1896.

SOMMAIRE

RÉGIME ALIMENTAIRE DES DIABÉTIQUES

Par H. RICHARDIÈRE.

L'hygiène alimentaire du diabète est basée sur ce principe : que le sucre et les féculents, transformés en glycose dans l'économie, sont nuisibles aux diabétiques. L'idée de supprimer le sucre dans l'alimentation des diabétiques est fort ancienne, puisque Rollo leur défendait déjà l'usage des aliments sucrés. A Bouchardat revient le mérite d'avoir montré la nécessité de cette suppression, et d'avoir formulé un régime dont l'efficacité a été confirmée par l'expérience universelle. La suppression du sucre dans l'alimentation des diabétiques est rationnelle, quelle que soit la théorie pathogénique invoquée. Dans la théorie de Bouchardat, cette suppression est nécessitée par les troubles de la digestion, considérés comme la cause de la glycémie. Dans la théorie de Claude Bernard, elle restreint l'hyperglycogénie du foie, en diminuant l'apport des aliments transformables en glycogène. Elle est encore nécessaire si on admet la transformation du sucre dans le sang à l'aide d'un ferment spécial (Pavy), ou si l'on considère la glycémie comme due à un défaut d'utilisation du sucre dans l'urine (Bouchard). Dans ces deux théories, en effet, elle empêche l'accumulation du sucre dans le sang.

Dans le régime prescrit par Bouchardat, et généralement conseillé aux diabétiques, la suppression du sucre et des féculents est à peu près complète.

Les graisses et les aliments azotés constituent la base de l'alimentation.

Le sucre et tous les plats sucrés sont formellement interdits. Les fruits, particulièrement le raisin, qui renferme beaucoup de sucre, sont exclus du régime. Les aliments qui renferment de l'amidon en quantité appréciable sont également défendus. Le malade doit bannir de sa table tous les légumes dit farineux : les pois, les lentilles, les haricots, les châtaignes, etc. Les pommes de terre qui renferment 17 à 20 % d'amidon sont moins nuisibles, mais ne doivent être permises que sous certaines réserves.

Les pâtes alimentaires (vermicelle, tapioca, macaroni, etc.), les pâtisseries sont proscrites.

Le pain, en raison de la grande quantité d'amidon que renferme la farine, est défendu aux diabétiques. La privation de cet aliment est presque toujours fort difficile à faire accepter par les malades de notre pays; aussi on a proposé de remplacer le pain ordinaire par le pain dit de gluten. Malheureusement ce pain est d'un goût désagréable et d'une digestion difficile et les malades s'en fatiguent vite. D'autre part, le pain de gluten renferme encore une assez forte proportion d'amidon (de 16 à 44 %, d'après Boussingault). Aussi, quelques médecins renoncent à prescrire le pain de gluten et permettent une petite quantité de pain ordinaire, ou proposent de remplacer le pain par quelques pommes de terre. En effet, avec une faible quantité de pommes de terre, on ne dépasse pas la quantité d'amidon qui serait introduite dans l'alimentation par le pain de gluten ordinaire.

Pour remplacer le pain de froment, Dujardin-Beaumetz a préconisé le pain de soya. Mais, ce pain fabriqué avec la graine du *Soya hispida*, a une saveur désagréable, et Lecorché a fait remarquer qu'il renfermait près de 40 % d'hydrates de carbone.

Toutes les viandes, sans exception, peuvent être servies aux diabétiques. La seule condition est qu'elles soient rôties ou préparées avec des sauces ne renfermant pas de farine.

Les graisses sous toutes les formes (huile, lard, etc.) sont très utiles aux diabétiques.

Les œufs, le fromage sont d'excellents aliments, que les diabétiques peuvent manger à volonté.

Parmi les aliments tirés du règne végétal, les légumes verts (haricots verts, choux, salades, artichauts, oseille, asperges, etc.,) sont permis.

Comme dessert, on peut autoriser certaines graines (les noix, les noisettes, les amandes), qui renferment beaucoup de graisse. Parmi les fruits sucrés qui sont à proscrire, les poires et les pommes sont les moins nuisibles.

Malgré la suppression des sucres et des féculents, la nourriture des diabétiques peut donc être encore assez variée. Cependant quelques malades se plaignent constamment de l'impossibilité de satisfaire leur goût pour les aliments sucrés. Aussi on a proposé diverses substances pour remplacer le sucre. Bouchardat et Pavy ont préconisé l'emploi de la glycérine pour sucrer les aliments et les boissons. Le goût sucré de la saccharine ou sucre de houille, dont

le pouvoir sucrant est énorme, a semblé pouvoir également être utilisé. Après des essais nombreux, la saccharine a été généralement abandonnée à cause des troubles digestifs qu'elle détermine en mettant obstacle aux fermentations qui s'opèrent dans la digestion.

La lévulose n'a pas les mêmes inconvénients et peut être recommandée pour remplacer le sucre.

Les boissons des diabétiques doivent être abondantes. Il est nécessaire qu'ils satisfassent leur soif, car la déshydratation des tissus se produirait facilement.

Toutes les boissons sont permises, à la condition que ces boissons ne renferment pas de sucre. Les vins de Bourgogne et de Bordeaux conviennent parfaitement. Les vins de Champagne, les vins sucrés d'Espagne et d'Italie doivent être proscrits.

L'alcool peut être ingéré, mais en quantité modérée, car il exerce une action défavorable sur le foie, dont le fonctionnement est déjà altéré dans le diabète.

Bouchardat considérait l'usage du lait comme nuisible aux diabétiques. Des expériences de Kulz ont démontré que le sucre de lait (la lactose) était complètement brûlé par les diabétiques. Lecorché en conclut que les diabétiques peuvent faire usage d'une quantité de lait, qu'il évalue à un demi-litre par jour. Suivant cet auteur, un demi-litre de lait par jour n'augmente pas le taux de la glycosurie.

Le régime lacté a même été recommandé comme traitement du diabète par Donkin, qui affirme avoir eu de nombreux cas de guérison par le régime lacté absolu. L'observation de la plupart des auteurs n'a pas confirmé les résultats avancés par Donkin.

Les infusions de thé ou de café, non sucrées, sont permises aux diabétiques.

Le régime prescrit par Cantani est beaucoup plus rigoureux que le régime de Bouchardat. Cantani ne permet que les viandes et les graisses. Il défend absolument tous les légumes et tous les féculents. La seule boisson permise aux malades est l'eau pure ou l'eau chargée d'acide carbonique.

Un régime aussi sévère est rarement suivi par les malades. Exécutées dans toute leur rigueur, les prescriptions de Cantani paraissent pouvoir exposer les malades aux accidents du coma diabétique.

Société d'hypnologie. — La séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le lundi 20 juillet, à quatre heures du soir, au palais des Sociétés Savantes, 18, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

VINGT-CINQUIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 25 au 30 mai 1896.

SUITE ET FIN (1)

Nous avons, dans notre dernier compte rendu, cité des communications dans lesquelles l'histoire de la chirurgie tenait une part considérable et il faut même le dire, dans les historiques, la part a été faite bien belle à la chirurgie allemande, peut-être au détriment des autres nations; mais la chose a peu d'importance.

Citons encore quelques questions générales discutées au Congrès.

— C'est d'abord une communication de M. Jurgens sur l'**étiologie des sarcomes**. Ayant inoculé, dans le péritoine des lapins, des parcelles d'un sarcome dans lequel il avait constaté la présence de nombreux sporozoaires, l'auteur observa ce qui suit:

La substance inoculée s'encapsule en s'entourant d'adhérences, et, pendant quelque temps, l'affection reste latente. Puis le péritoine est envahi peu à peu par un organisme protoplasmique qui pénètre dans les cellules et se propage assez rapidement dans le sang. La dernière phase de l'évolution de cette affection est représentée par la production de nombreuses métastases sarcomateuses d'abord dans le péritoine, ensuite dans d'autres organes. Quant au parasite lui-même, M. Jurgens ne saurait le déterminer d'une façon exacte, mais tout porte à croire qu'il s'agit d'une coccidie.

Il s'affaiblit par des inoculations successives et on ne réussit pas à l'inoculer à plus de trois générations. Les mêmes résultats ont été obtenus par les inoculations de mélanosarcome, mais il semble que le parasite du mélanosarcome périt encore plus vite que celui du sarcome.

— La question de la **bactériothérie des tumeurs malignes**, soulevée par M. Petersen, a été suivie d'une discussion qui a montré qu'il n'y a pas de grandes espérances à fonder, maintenant, sur cette nouvelle méthode. Des expériences faites par M. Petersen, à la clinique de M. Czerny, avec des cultures stérilisées et des cultures filtrées de streptocoques pyogènes et du microcoque prodigiosus, pures ou associées, et avec du sérum provenant d'animaux inoculés avec ces cultures, il ressort: 1° que l'effet des cultures stérilisées est plus énergique que celui des cultures filtrées; 2° que l'action du sérum est absolument comparable à celle des cultures, avec

(1) Voir le précédent numéro.

cette différence qu'elle est quatre fois moins intense; 3° que l'effet de ces divers traitements a été nul dans 10 cas de cancer où ils ont été appliqués, et que sur 17 sarcomes, soumis au même traitement, un seul, un sarcome inopérable de la parotide, a subi une régression assez considérable pour qu'on pût extirper la tumeur.

M. Rosenberg n'a jamais eu de résultats avec la bactériothérapie.

M. Senger qui avait vu un érysipèle intercurrent amener la guérison d'un sarcome de l'omoplate, a essayé les injections de cultures stérilisées de streptocoques dans le cancer, sans obtenir une seule fois un résultat positif. Peut-être le sarcome se prête-il mieux à cette médication? Mais, d'après M. Riedel, la confusion de sarcome et de leucémie, qui est loin d'être rare, doit porter à se demander si, dans les cas de guérison par la bactériothérapie ou par un érysipèle intercurrent, il ne s'agissait pas simplement de tumeurs leucémiques.

— Enfin, d'après M. Hasse, le **traitement des cancers inopérables par les injections parenchymateuses d'alcool** est un des meilleurs pour les cancers inopérables du sein et de l'utérus. Sur un grand nombre de cas traités de cette façon, il a obtenu quatre fois la guérison complète, et dans des cas déclarés inopérables.

— M. Wœlfler a fait aussi un historique **des opérations sur le tube gastro-intestinal.** Il y a vingt-cinq ans, nous dit-il, la chirurgie du tube gastro-intestinal proprement dit se bornait à peu près à la colostomie. On ne citait que deux cas de résection intestinale, faite avec succès à la suite de blessures. Les expériences, les heureuses opérations pratiquées chez l'homme sur l'œsophage et le rectum ont, pour ainsi dire, fondé la chirurgie de l'intestin. Ce fut d'abord, en 1876, le traitement de l'anus contre nature; puis, aussi, en 1876, la gastroraphie pratiquée par Billroth et, en 1878, la résection de l'intestin faite avec succès par Schede. En 1879, von Esmarch et Schœnborn pratiquèrent la gastrostomie et Billroth la résection du pylore. Enfin ce furent la gastro-entérostomie, l'entéro-anostomose et la jéjunostomie.

Longtemps la suture circulaire fut la seule méthode employée pour la réunion des deux bouts d'un intestin sectionné; on fit plus tard l'opposition latérale et, enfin, Murphy inventa son bouton anastomotique, qui simplifie l'intervention dans bien des cas.

Les résultats obtenus deviennent de jour en jour meilleurs. C'est ainsi que la résection de l'intestin, en réunissant les statistiques d'un bon nombre de chirurgiens allemands, donne une mortalité moyenne de 39,5 %. Cette mortalité moyenne était de 48 % en 1888, et elle tombe à 32 % en 1896. Naturellement, les résultats varient beaucoup suivant la nature de la lésion qui a été la cause de l'intervention. L'opération donne 78 % de guérisons quand elle est pratiquée pour un anus contre nature, 73 % quand il s'agit de tuberculose de l'intestin, 65 % en cas de rétrécissement cicatriciel, et seulement 46 % dans les tumeurs. Nombre de malades opérés sont restés en parfaite santé depuis bien des années.

Pour la résection du pylore, de grands progrès ont été aussi faits. On a dit que les résultats donnés par cette opération dans le cas de cancer étaient si mauvais qu'on devait lui préférer la gastro-entérostomie. Il n'en est rien, et la cause des mauvais résultats est qu'on opérait des cancers trop développés et adhérents sur une vaste étendue. De 56 %, la mortalité est tombée à 31 % et même moins. Les résultats sont meilleurs encore quand cette résection est faite pour un rétrécissement cicatriciel. La survie, dans le cas de tumeur maligne enlevée, est souvent de un à deux ans, et parfois elle a été jusqu'à quatre, six et huit ans.

Les indications de la gastro-entérostomie sont aussi devenues plus fréquentes. Mais les chirurgiens ne sont pas d'accord sur les détails de la méthode, et, en particulier, sur le point où l'on doit aboucher l'estomac et l'intestin. La mortalité moyenne est de 42,6 %; de 56 % elle s'est abaissée à 36 %. Dans le cas de cancer, la survie la plus longue est de deux ans un quart. Le grand avantage de cette opération est de rendre la vie supportable aux malheureux atteints de cancer stomacal et, en particulier, de leur épargner les souffrances de la mort par inanition.

Les opérations de pyloroplastie, de gastrotomie, de colostomie, etc., ont bénéficié de progrès analogues et sans cesse plus accentués.

— **L'histoire de la chirurgie des voies biliaires** a été faite par M. Langenbuch. C'est J.-L. Petit qui le premier a eu l'idée de la cholécystostomie en deux temps. Pour lui, l'opération ne devait être exécutée que si l'on était sûr de l'existence des adhérences entre la vésicule et la paroi abdominale. C'est lui qui fit le premier cette opération sur le vivant. Plus tard, en 1774, un médecin berlinois, nommé Bloch, chercha à provoquer ces adhérences, par l'application, sur la peau de l'abdomen, de substances irritantes. De son côté, le célèbre chirurgien Richter s'était demandé si l'on ne pouvait obtenir la formation des adhérences en ponctionnant la vésicule avec un trocart et en laissant ensuite le trocart à demeure. Sébastian, Carre, Fauconneau-Dufresne pensèrent que le trocart de Richter pouvait

être remplacé par des caustiques appliqués sur le péritoine mis à nu. Bien plus tard, en 1878, Kocher obtenait des adhérences en plaçant entre la vésicule et la paroi abdominale, de la gaze de Lister.

En 1839, Thudichum proposa la cholécystostomie en deux temps, telle qu'elle se pratique aujourd'hui, d'après le procédé de Riedel. La première cholécystostomie en un temps n'a été faite qu'en 1867, par un chirurgien américain, nommé Bobbes. Cette opération n'eut aucun retentissement. En 1882, on trouve la première cholécystostomie en deux temps, avec ouverture de la vésicule préalablement suturée, faite par M. Koenig.

C'est de 1882 que date l'essor de la chirurgie des voies biliaires, et il a été en grande partie provoqué par la communication d'un cas de cholécystectomie, faite par M. Langenbuch. Lorsque dans le courant de l'année cette opération a été exécutée par Courvoisier, Riedel, Thiriar et d'autres, l'étude des avantages de la cholécystostomie et de la cholécystectomie divisa les chirurgiens en deux camps. La question n'est pas encore jugée aujourd'hui, chacune de ces opérations ayant des indications spéciales.

En 1882, Winiwarter publia le premier cas de cholécystentérostomie, dont l'idée appartenait à Nussbaum. Winiwarter avait abouché la vésicule avec le côlon. Colzi montra qu'il était préférable de l'aboucher avec le duodénum. Après Winiwarter, les premières cholécystentérostomies ont été faites par Kapeler et par Socin, qui ont perdu leurs opérés, et par Körte, dont l'opéré guérit.

Les opérations possibles sur le cholédoque ont été indiquées par M. Langenbuch, dans un travail publié en 1884. Les premières opérations ont été faites par Kocher, Mac-Burney, Pozzi, Langenbuch, Courvoisier. Les premières cholécystectomies pour cancer ont été faites par Hochenegg et par Terrier.

— M. Kehr donne ensuite une statistique des **opérations sur les voies biliaires**. M. Kehr a fait 127 cholécystostomies pour lithiase de la vésicule avec une seule mort, et encore la mort devait elle être attribuée moins à l'opération qu'à l'artério-sclérose que présentait le malade. 21 cholécystectomies ont toutes guéri. 31 fois, M. Kehr est intervenu sur le cholédoque : 30 fois par l'incision suivie d'extraction de calculs et de suture du canal, 1 fois par l'écrasement du calcul *in situ*. Sur les 31 opérés, 2 ont succombés l'un à la péritonite, l'autre à des complications du côté de l'estomac. D'après M. Kehr, les interventions sur le cholédoque doivent compter pour les plus difficiles, et, par conséquent, pour les plus dangereuses parmi les interventions sur les voies biliaires. Enfin, dans 18 cas de cancer, M. Kehr a tenté de soulager les malades par des interventions palliatives, comme la cholécystentérostomie par exemple : 10 de ces opérés sont morts dans son service.

— Énumérons maintenant les principales communications sur des points particuliers de chirurgie. C'est d'abord celle de M. Sonnenburg, sur **les opérations pratiquées sur l'appendice vermiforme**. Pour lui, les appendicites peuvent être rangées d'après la gravité de leurs symptômes en un certain nombre de classes.

1° Appendice peu altéré; adhérences superficielles étendues; dans la cavité, mucus; pas d'ulcération ni de calculs. Au point de vue clinique, accès fréquents et souvent rapprochés de pérityphlite, généralement de peu d'intensité et de durée, avec peu ou pas de fièvre et peu de troubles de l'état général; pendant les accès, résistance modérée dans la région iléo-cœcale; quelquefois constipation. Entre les accès, le malade n'a généralement aucun trouble, et l'examen local est négatif.

2° L'appendice est altéré (hypertrophie, induration des parois, coudure); quelques adhérences au voisinage, parfois à l'épiploon. Mêmes signes cliniques; cependant, dans l'intervalle des accès, il persiste un peu de rénitence sensible, que l'insufflation de l'intestin rend plus évidente. Pendant les accès, il y a souvent de la matité et des signes de tumeur. Il se fait une exsudation sérieuse stérile.

3° Appendice chroniquement enflammé, épaissi, contenant des concrétions. Mêmes symptômes. En outre, on trouve des concrétions dont le développement et l'accroissement sont liés aux sécrétions et aux altérations inflammatoires résultant du catarrhe chronique.

4° Empyème de l'appendice. Avec ou plus souvent sans concrétions, il s'accumule du pus surtout quand les ulcérations ont amené des rétrécissements ou des oblitérations de l'organe. La marche de la maladie dépend du degré de virulence du pus. Il y a des formes à marche rapide qui provoquent une inflammation aiguë de l'appendice. Si l'empyème dure longtemps, le pus peut devenir presque stérile, et s'il vient à traverser la paroi, il ne donne lieu qu'à des symptômes insignifiants.

5° Appendice simple avec complications : exsudat purulent autour de l'appendice chroniquement enflammé, mais non perforé; lymphangite et adénite; propagation à la plèvre; sensibilité de la région du foie, irritation péritonéale; gangrène de l'appendice généralement liée à une péritonite plus ou moins septique. Comme symptômes, troubles graves généraux et locaux.

6° Appendice perforante suppurée avec péritoine circonscrite. L'abcès peut siéger en avant, en dehors, en arrière ou en dedans.

7° Appendice perforante avec complications : abcès multiples, péritonite fibrineuse suppurée; abcès du foie et du diaphragme; empyème de la plèvre; péritonite septique généralisée.

Les inflammations catarrhales de l'appendice ne demandent, que dans les circonstances spéciales, une intervention active. Leur traitement est, autant que possible, l'expectation : légers laxatifs, repos au lit, et opium, si les douleurs sont vives et prolongées.

Le traitement varie suivant les cas. Les inflammations catharrales de l'appendice ne deviennent passibles d'une intervention active que dans des cas exceptionnels. Le plus souvent un traitement expectatif suffit pour amener la guérison de l'attaque, et dans ces cas, il est tout indiqué de donner, *au début*, des purgatifs; plus tard ou lorsque les douleurs seront accusées, on donnera de l'opium. On n'interviendra par la résection de l'appendice que lorsque les attaques se répéteront souvent ou bien encore quand d'après les symptômes on pensera que du pus s'est formé dans la cavité de l'appendice ou autour de lui. On opérera dans l'intervalle des attaques, mais si, en cas d'indication opératoire, l'attaque se prolongeait, on n'hésitera pas à opérer au cours même de l'attaque.

L'opération est d'urgence dans l'appendice perforante purulente. Il faut opérer aussitôt le diagnostic fait. Dans ces cas, il est exceptionnel de trouver un seul abcès : le plus souvent les abcès sont multiples autour de l'appendice et du cœcum, et il faut les ouvrir tous, sous peine d'avoir à y revenir plus tard. Le mieux c'est de rechercher l'appendice; cette recherche méthodique met ordinairement sous les yeux des abcès ignorés. Le danger d'infection du péritoine est minime, quand on a l'habitude de ces opérations. Les cas difficiles sont ceux où les abcès se trouvent dans le petit bassin, autour du rectum, de la vessie, dans la fosse iliaque gauche. Dans tous ces cas le drainage est meilleur que la fermeture de la plaie.

Le diagnostic de la péritonite septique par gangrène de l'appendice est souvent très difficile, surtout quand, comme c'est ordinairement le cas, la péritonite prend une marche foudroyante. Les malades succombent avec ou sans opération.

Pourtant, si l'on intervient de bonne heure, et dans ces cas la vie du malade dépend d'un retard de quelques heures, on peut sauver quelques-uns d'entre eux. Quant au diagnostic, on peut le faire si quelque temps avant l'éclosion de la péritonite le malade avait présenté quelque ébauche d'appendicite.

Les cas qui retirent un réel bénéfice de l'opération sont ceux des premiers cinq groupes. Sur 185 cas opérés par M. Sonnenburg, 128 appartenaient à ces groupes : aucun d'entre eux n'est mort. Sur 34 cas d'appendice perforante avec complications multiples, 23 opérés dans le temps ont donné 12 morts, tandis que sur 11 autres opérés récemment, M. Sonnenburg n'a eu que 2 morts. Enfin sur 6 cas de péritonite septique, aucun malade n'a pu être sauvé.

— Signalons encore deux communications sur la chirurgie de la vessie, l'une de M. Kuster, sur **deux cas de résection de la vessie pour tumeur avec implantation de l'uretère.** Il s'agit de femmes chez lesquelles la tumeur vésicale empiétait sur l'orifice d'un uretère ; il fallut réséquer la partie partie terminale de ce conduit. Dans un cas, le bout central de l'uretère put être implanté à sa place normale ; la malade guérit complètement. Dans l'autre, on fut obligé d'implanter l'uretère au sommet de la vessie : la malade guérit, mais avec une fistule urinaire.

L'autre communication se rapporte au **traitement de l'exstrophie ds la vessie.** M. Poppert a rapporté un cas compliqué d'épispadias, et opéré d'après l'ancien procédé de Trendelenburg. Le résultat a été bon. M. Kuster, auquel la méthode de Trendelenburg n'a jamais donné de résultats satisfaisants, emploie, depuis 1890, le procédé de Passavant, qui consiste en ceci : on fend le pénis du côté ventral, entre les deux corps caverneux, en se tenant à une certaine distance de l'urèthre; on avive les bords de la muqueuse uréthrale, du côté dorsal de la verge, puis, en rapprochant l'un et l'autre ces deux bords avivés, on fait pivoter autour de leur axe longitudinal, ces deux portions péniennes, de sorte que les bords de l'incision ventrale s'écartent, tandis que les deux bords avivés de l'urèthre se rapprochent en avant. Comme M. Kuster, M. Helferich doit à ce procédé plusieurs succès.

— La **production de l'ostéomyélite** expérimentale a été étudiée par M. Lexer (de Berlin). Il a pu provoquer l'aspect typique de l'ostéomyélite grave en injectant le staphylocoque doré à de jeunes animaux; cette ostéomyélite s'est compliquée de suppurations des organes profonds. En employant de petites quantités de cultures atténuées, les animaux ont également été atteints d'une ostéomyélite qui était cependant plus légère, de sorte que les animaux ont survécu. Comme virulence, le staphylococcus albus vient après le staphylocoque doré.

— Les **contusions de la région stomacale** peuvent, d'après M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein), provoquer des lésions diverses sur la paroi gastrique, à savoir des déchirures de la séreuse seule, de la séreuse et de la musculeuse, de la muqueuse seule, et, enfin, des décollements de la muqueuse pouvant

même occasionner un kyste de la paroi. Ces lésions ne se produisent que lorsque l'estomac renferme quelque chose.

Le symptôme principal des lésions de la muqueuse gastrique est l'hématémèse, qui survient immédiatement après l'accident, et, dans les cas d'ulcère traumatique, encore plus tard. Dans les cas de déchirure complète, deux malades seulement, jusqu'ici, ont pu être sauvés, grâce à une intervention immédiate.

M. Rhen apporte un troisième succès : Une jeune fille de dix-neuf ans tomba de la hauteur d'un premier étage sur une balustrade. Elle fut immédiatement transportée à l'hôpital, où elle arriva en proie à de violentes douleurs dans la région stomacale et à des vomissements de matières sanguinolentes. Un épanchement intra-abdominal se forma très rapidement, en sorte que la laparotomie dut être pratiquée trois heures après l'accident. L'abdomen était rempli d'un liquide sanguinolent ; l'estomac présentait, sur la paroi antérieure, deux déchirures de la séreuse, et une solution de continuité complète au niveau de la paroi postérieure. Après avoir suturé cette dernière, les autres organes abdominaux furent examinés. La rate portait une déchirure de 4 centimètres, qui fut recousue. La malade se remit après une longue convalescence.

— M. Lauenstein a étudié la **désinfection de la peau**. Il a pratiqué l'examen bactériologique des parcelles d'épiderme chez 147 malades désinfectés en vue de l'opération. Sur ce nombre, 23 avaient été lavés au bain seulement, et 124 avaient subi la désinfection du champ opératoire suivant un des procédés ordinaires. Or, sur les 124 cas, la peau fut trouvée stérile seulement 49 fois ; pourtant, dans 15 cas où le champ opératoire n'était pas stérile, la peau ne s'en réunit pas moins par première intention, tandis que chez plusieurs malades chez lesquels la peau fut trouvée stérile, la réunion par la première intention fit défaut. Les résultats obtenus par M. Samter à la clinique de Mikulicz ne concordent pas. Ainsi, sur 25 cas où la peau a été pendant une heure d'abord lavée au savon, puis frictionnée avec de l'éther, de l'alcool, du sublimé, on a presque toujours obtenu l'asepsie parfaite de la peau, sauf deux ou trois cas où l'ensemencement de l'épiderme donna des cultures de microcoques non pathogènes.

— Terminons l'exposé des travaux du Congrès par une question à l'ordre du jour, celle du **traitement de la luxation congénitale de la hanche.**

M. Lorenz s'est converti au traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche. Tandis qu'avant il opérait toujours et ne voyait de possible que le traitement sanglant, il trouve aujourd'hui que nombre de cas peuvent être guéris par le traitement orthopédique suivant : on commence par abaisser la tête du fémur à l'aide d'une forte traction, et la remise en place de la tête s'effectue par une flexion maxima, secondée par une forte abduction, la pénétration de la tête dans la cavité cotyloïde se traduisant par une secousse et un bruit très perceptible ; le fémur est ensuite fixé, au moyen d'un appareil, dans une position qui empêche la récidive de se produire. La condition essentielle du succès, c'est de faire marcher les petits malades, car c'est grâce à la pression qu'exerce la tête du fémur sur la cavité cotyloïde qu'elle s'adapte au fémur. Le traitement par les appareils plâtrés doit être continué pendant un certain nombre de mois. Sur quarante-trois enfants âgés de moins de six ans, traités par ce procédé, M. Lorenz, a eu quarante-trois succès.

Ce traitement est l'ancien traitement orthopédique, comme le font remarquer MM. Hoffa, Mikulicz, Schede, qui ont trouvé que le « nouveau » traitement de Lorenz ressemble beaucoup à celui que chacun d'eux emploie. Ainsi M. Mikulicz a depuis longtemps recours à l'extension permanente en abduction avec rotation en dehors ; M. Hoffa emploie un procédé à peu près analogue.

A propos du nouveau projet d'impôt sur les revenus

La *Gazette des Hôpitaux* attire l'attention des médecins sur les conditions qui vont leur être faites par la nouvelle loi qu'élabore M. Cochery, et s'exprime en ces termes :

« D'après ce projet, la taxe sera majorée :

« 1° De 5 % pour chaque domestique du sexe féminin en sus de la première ;

« 2° De 10 % pour chaque domestique du sexe masculin ;

« 3° De 5 % pour chaque cheval et chaque voiture passible des contributions établies par les lois de 1862, 1872, 1895.

« Il est dit, en outre : dans le calcul de la majoration, ne sont pas compris :

« 1° Les domestiques employés pour les exploitations agricoles ou professionnelles quelconques ;

« 2° Les chevaux et les voitures qui ne sont utilisés que pour l'exercice d'une profession.

« Il semblerait donc que, dans l'esprit de ce projet, un médecin ayant cuisinière, cocher, cheval et voiture, dût être soustrait à la majoration, autrement cette majoration atteindrait 20 ou 25 %.

« Mais nous sommes payés, ou plutôt nous avons

payé et nous payons encore, pour savoir avec quelle fantaisie les agents du fisc interprètent les lois en notre défaveur.

« Il est donc utile que la question que nous soulevons soit portée devant la Chambre par l'un des nombreux confrères qui y siègent. Il serait indispensable qu'on rappelât que le cheval et la voiture du médecin constituent des instruments de travail, dont un praticien de campagne ne peut pas plus se passer qu'un agriculteur ne peut se priver de ses chevaux et de ses voitures.

« Le projet du ministre des Finances est actuellement en discussion devant la Commission du budget, c'est dire que la discussion générale est proche ; c'est pourquoi nous attirons l'attention de nos confrères sur ce point, prévoyant, pour la profession, une charge nouvelle à ajouter à celles déjà existantes. »

Nous ne pouvons que nous associer aux réflexions faites par notre confrère.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1896

M. Péan a entrepris d'intéressantes recherches sur *l'épaisseur des os du crâne à l'état normal et pathologique*. Les classiques se bornaient à donner comme épaisseur moyenne, 5 millimètres. M. Péan a constaté que la voûte crânienne est plus épaisse de 1/2 millimètre à droite qu'à gauche; que l'épaisseur est plus considérable au niveau des sutures; plus considérable d'une façon générale dans les races inférieures; plus grande de 1/3 chez l'homme que chez la femme; qu'elle est en rapport avec le développement du squelette, augmente avec l'âge; que le frontal est plus épais que le pariétal et qu'il mesure 6 millimètres en moyenne chez l'adulte.

Les crânes rachitiques conservent longtemps le caractère infantile et s'épaississent lentement. On connait, au contraire, les fortes saillies osseuses du crâne dans la syphilis héréditaire.

Tous ces détails ne doivent pas être perdus de vue pendant les interventions sur le crâne. Aussi, étant donné surtout les variations d'épaisseur des os, M. Péan a-t-il imaginé un instrument destiné à trépaner sans léser les méninges et le cerveau. Ce *polytritome*, composé de couronnes de trépan, petites et rapprochées, de pinces emporte-pièce, d'une scie, etc., et sert à enlever soit en la morcelant, soit tout d'une pièce, une partie de la voûte crânienne, sans que l'on risque beaucoup de blesser les méninges.

— M. Marc Sée communique ensuite un nouveau moyen, fort original, d'exploration de l'abdomen, qu'il nomme *exploration hydrostatique*.

Chacun a pu remarquer que lorsque nous sommes plongés dans un bain, notre paroi abdominale antérieure devient d'une souplesse extrême, même chez les personnes chargées d'embonpoint, dont le ventre est habituellement fortement tendu. C'est au point que la flaccidité de cette paroi ne le cède guère à celle qu'on observe chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants, et qu'on arrive facilement, même chez les individus obèses, à déprimer suffisamment le ventre pour palper la colonne vertébrale et l'angle sacro-vertébral. Tout le contenu de la cavité abdominale peut être, de cette façon, reconnu et limité par le palper des doigts, avec une netteté que ne donne aucun autre mode d'exploration.

Le relâchement de la paroi abdominale plongée dans l'eau s'explique par les principes d'hydrostatique que tout le monde connait. Cette paroi, plus ou moins chargée de graisse, est plus légère que l'eau ; elle tend à monter à la surface. La force ascendante qui en résulte, contrebalançant les forces élastique et contractile qui l'appliquent sur les viscères, donne une liberté presque absolue à la paroi qui flotte, pour ainsi dire, et n'oppose qu'une résistance insignifiante aux doigts qui cherchent à palper les parties profondes.

— M. Rémy présente l'observation *d'un cas de morve chronique*. Il s'agit d'un équarisseur de quarante-deux ans, chez lequel l'affection succéda à une piqûre qu'il se fit, en 1895, en dépouillant un cheval, sur une épingle fermant une saignée et qu'on avait laissée dans le cou. Les accidents apparurent quelques jours après : panaris, angioleucite, œdème de la main, adénopathie axillaire, fièvre; après ces accidents aigus, les lésions se localisent au dos du poignet et présentent l'aspect d'une angioleucite tuberculeuse.

L'examen microscopique a révélé l'existence du bacille de la morve, associé au staphylocoque et au streptocoque ; l'inoculation au cobaye a été positive.

Le traitement consiste en bains locaux continus dans de l'eau iodée; on fera aussi des cautérisations au thermocautère.

— M. Lejars communique une observation de *brûlure de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique*. M. Lejars résume ainsi sa communication :

« Une jeune femme de vingt-neuf ans avale, le 11 janvier 1896, un demi-verre d'esprit de sel. Brûlures étendues de l'estomac, qui se manifestent par des douleurs atroces et des vomissements répétés de sang noir. Elle entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Troisier : toute alimentation est d'abord impossible, et les vomissements se répètent après chaque ingestion; le lait seul est supporté en petite quantité; mais les accidents de sténose pylorique se développent très rapidement : l'estomac est considérablement dilaté, et le lavage ramène, tous les jours, avec une grande quantité de liquide noirâtre, les quelques aliments que la malade a pu prendre la veille. L'émaciation est considérable et l'état général menaçant.

« C'est dans cet état que je pratique, le 12 mars, la laparotomie sus-ombilicale : l'estomac, très distendu, est parcouru, sur sa face antérieure, par des stries jaunâtres, cicatricielles, la région pylorique occupée par une masse épaisse, de même consistance. La gastro-entérostomie est pratiquée avec le bouton de Murphy, de moyen volume. L'opération, très courte, a été bien supportée : pas de réaction, pas de vomissements. Durant les trois premiers jours, on soumet la malade à une diète presque complète (lavements alimentaires); au quatrième jour, elle commence à prendre, avec un peu de lait, du bouillon et un œuf. L'alimentation est continuée progressivement sans incident.

« A la fin d'avril, la malade quitte l'hôpital en excellent état : elle pesait 38 kilos au moment de l'opération; elle

en pesait 43 1/2 à sa sortie de l'hôpital, elle en pèse aujourd'hui 51.

« Nous ferons remarquer la rapidité de développement de la sténose pylorique et des accidents qu'elle entraînait. Devant un état aussi alarmant, l'intervention la plus simple et la plus rapide, la gastro-entérostomie avec le bouton anastomotique, nous a paru seule indiquée : elle nous a permis d'obtenir une parfaite guérison. »

— Au cours de cette séance très chargée, M. MOUCHET, de Sens, a lu deux intéressantes communications intitulées, la première : *Ovariotomie double chez une femme enceinte de trois mois; continuation de la grossesse : accouchement à terme d'un enfant vivant.* La deuxième : *paralysie du nerf radial, consécutive à une chute sur le bras. Élongation du nerf deux mois après l'accident; retour rapide de la sensibilité et du mouvement.*

— M. VIGNES a lu, en outre, en son nom et au nom de M. BATUAUD, une note sur un cas *d'irido-chloroïdite* lié à l'existence d'une endométrie glandulaire chronique à staphylocoques.

M. FERRAND a présenté un travail de M. DELORE, de Lyon, *sur la septicémie médicale et chirurgicale.*

Enfin, M. DUPLAY a lu un rapport sur une note de M. BOISSEAU DU ROCHER, intitulée : *De l'électrolyse médicamenteuse dans le traitement des tuberculoses et des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance débute par une communication de M. RICARD, sur la cholédochotomie. Il s'agit d'un malade atteint d'ictère chronique et de coliques hépatiques. La rétention biliaire était complète; l'état du malade était très grave. M. Hanot examina le patient et fit le diagnostic de calcul probablement retenu dans le canal cholédoque. Il se prononça pour l'intervention chirurgicale.

M. Ricard, malgré la faiblesse extrême du sujet, et un état fébrile assez prononcé, fit une laparotomie médiane. Il se dirigea vers la vésicule et eut beaucoup de peine à la trouver, à cause de son enfouissement dans les adhérences et de son petit volume.

La vésicule fut incisée, et trois calculs furent retirés. Le cathétérisme du canal cystique fut impossible. M. Ricard chercha l'hiatus de Winslow, mais il n'existait plus, bouché qu'il était par les adhérences.

En tendant les parties, M. Ricard disséqua le canal cystique et le cholédoque, dans lequel il sentit un calcul; il fit remonter facilement ce calcul sur lui, incisa le canal cholédoque, et put facilement l'extraire. Il existait quatre autres calculs qu'il put faire heureusement remonter jusqu'à la première incision du canal cholédoque. Le cathétérisme fut alors possible, la perméabilité des voies biliaires étant rétablie.

La suture du canal fut alors pratiquée, et M. Ricard songea un moment à refermer complètement le ventre; mais prudemment il draina le trajet à la gaze iodoformée.

Le quatrième jour, il y eut une selle décolorée complètement; mais à partir de ce moment, elles se colorèrent, jusqu'au dixième jour, moment auquel il s'établit une fistule biliaire, et plusieurs nouveaux calculs furent trouvés dans le pansement.

La fistule dura cinq semaines environ, mais la teinte ictérique mit très longtemps à disparaître. Aujourd'hui, le malade est absolument guéri.

M. Ricard insiste ensuite sur la nécessité de l'examen par un médecin, sur la position de l'incision, qui doit être médiane, pour aller plus facilement sur le cholédoque Si le calcul est mobile, il faut le remonter le plus qu'on peut, pour placer l'incision du cholédoque le plus haut possible. Il faut escompter toujours la fistule biliaire et toujours drainer la plaie; mais il faut faire toujours la suture du cholédoque, pour éviter l'inondation biliaire qui, sans elle, aurait lieu bien avant que le péritoine fût protégé par les adhérences.

— *Sciatique rebelle fémoro-fessière causée par un état variqueux des veines périnerveuses.* Tel est le titre de la communication de M. DELAGÉNIÈRE. Il s'agit d'une malade atteinte de cette lésion. Le chirurgien du Mans dénuda le sciatique et trouva peu de veines autour du nerf; il racla le sciatique et même le dissocia sur certains points. La guérison a été complète. M. Quénu, dans trois cas, avait trouvé de grosses veines variqueuses qu'il avait pu réséquer. Dans le cas de M. Delagénière, les veinules étaient seules atteintes.

M. CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que M. Delagénière n'a pas trouvé de veines variqueuses, et que, par suite, ce n'était pas l'état variqueux la cause des douleurs. M. Delagénière s'est borné à faire ce qu'on a fait souvent sur le sciatique, qu'on a gratté, découvert, et qui, de ce chef, n'est plus resté douloureux.

M. QUÉNU aurait fait à peu près les mêmes réflexions que M. Championnière, mais il fait pourtant savoir que pour donner naissance à des accès douloureux, il suffit de bien petites dilatations variqueuses dans lesquelles il se fait de petites phlébites.

— M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation de M. Hartmann. Il s'agit d'une *ostéotomie* pratiquée pour une *fracture mal consolidée* de la jambe gauche. La fracture était très oblique, et malgré l'application de trois appareils plâtrés, la consolidation n'était pas faite et il existait une déformation.

La réduction n'était plus possible sans intervention sanglante et M. Hartmann dut faire l'ostéotomie; la réduction, quoique difficile, fut possible. L'appareil de M. Hennequin fut appliqué, appareil à chariot qui permet l'extension du fragment inférieur sur le supérieur.

Le malade guérit, et le raccourcissement, conséquence de la fracture, avait complètement disparu.

A ce propos, M. Kirmisson rappelle un travail de M. Roux, de Brignolles, qui proposait dans tous les cas de fracture très oblique du tibia de pratiquer la réduction sanglante. M. Nélaton, rapporteur, inclinait alors vers cette thérapeutique; mais ce n'était pas l'avis de la majorité de la Société. M. Kirmisson estime aussi qu'avec l'aide des appareils on peut réduire et coapter les fractures même très obliques.

Mais pour le rapporteur, l'appareil plâtré peut être souvent incriminé, s'il n'est pas surveillé de très près. Il faut de plus savoir, dans certains cas, employer le chloroforme pour la réduction et, enfin, savoir aussi mettre en usage l'extension continue. L'appareil de M. Hennequin permet de faire cette extension d'une façon effective.

— La séance se termine par une intéressante communication de M. CHAPUT, qui a bien voulu nous en donner le résumé :

Résection du rectum. — Sur 10 résections du rectum, je compte 8 guérisons et 2 morts (1 par broncho-pneumonie par éther, 1 par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable).

Sur 6 cas qui ont été suivis, je compte 2 récidives assez rapides : un malade, opéré depuis deux ans, présente une récidive, avec une santé parfaite et pas de troubles fonctionnels, et 3 cas (50 %) sans récidive depuis deux ans, deux ans et cinq ans.

Dans deux cas, il n'y a pas eu de prolapsus : dans l'un, j'avais fait la suture circulaire ; dans l'autre, j'avais tordu le bout supérieur à la Gersuny.

Dans deux autres cas, où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé le prolapsus.

L'opération de Kraske est peu dangereuse et, d'après mon expérience, le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

Technique opératoire. — Je conseille de faire, deux jours d'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse.

Incision cutanée en Y.

Réséquer le coccyx et respecter le sacrum. Autant que possible, suturer circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, fixer à la peau le bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du bout supérieur dans l'inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles; on ne suturera pas la peau.

On bourrera la plaie à la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

Résumé des indications. — *Cancers de la cloison recto-vaginale.* — Les enlever par une incision périnéale. Fermer le bout supérieur du rectum en cul-de-sac.

Assurer l'écoulement des matières par un anus iliaque ou transverse définitif.

Cancers inférieurs. — Limités : incision circulaire avec incisions de Denonvilliers et résection du coccyx (Verneuil, Terrier). Suture à la peau du bout supérieur tordu à la Gersuny.

Le procédé d'Hartmann (ablation par les voies naturelles) est très recommandable.

Etendus : combiner l'incision périnéale et l'incision sacrée.

Cancers de la région moyenne. — La voie sacrée est préférable à la voie vaginale.

Cancers élevés. — Il faut les attaquer par l'abdomen.

Cancers recto-coliques. — Ils sont justiciables de la voie abdomino-sacrée.

***

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

1° *Fin de la discussion* sur la cholédochotomie (M. Quénu);

2° *Discussion* sur le traitement des fractures du tibia (MM. Hennequin, Nélaton, Berger, Reclus);

3° *Rapport* sur le bouton anastomotique de M. Hagopoff, par M. Chaput;

4° *Communication.* — Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1896

A propos de la communication de M. Comby sur *la scarlatine à rechute* et de la discussion qui a suivi cette communication, M. Lemoine (Val-de-Grâce) vient rapporter deux faits qui sont bien évidemment des faits de scarlatine à rechute. Sur 250 cas de scarlatine que M. Lemoine a observés, en 1895, il n'y eut que ces deux faits. Après une scarlatine normale et au cours de la desquamation se produisirent de nouveau de la fièvre, de l'angine, puis une nouvelle éruption et enfin une desquamation classiques.

M. Lemoine a observé aussi des érythèmes scarlatiniformes d'origine streptococcique ; mais ils présentent toujours dans leur forme, dans leur évolution, dans leurs symptômes concomitants, des particularités qui les font distinguer de la scarlatine.

— M. Galliard présente ensuite une femme de quarante-trois ans, atteinte de rétrécissement mitral, sans rhumatisme antécédent. Elle a eu deux accès d'asystolie. Au début du troisième accès, le 17 avril, elle éprouva subitement une douleur atroce au bras droit; le membre fut engourdi et refroidi, et, dès le lendemain, on constata la cyanose de la main droite.

Elle entra à l'hôpital le 18. M. Galliard constata la suppression du pouls dans les artères axillaire, humérale, cubitale, radiale à droite; il vit la cyanose et l'algidité envahir la moitié inférieure de l'avant-bras (20 avril), puis gagner le coude (21 avril). A partir du 25, on n'avait plus à redouter la gangrène du membre : l'asphyxie disparut d'abord à l'avant-bras, puis à la main. Le 29, la teinte livide n'existait plus, et les douleurs de la main, très vives au début, s'atténuaient.

Traitement : inhalations d'oxygène; digitale contre l'asystolie; injections de morphine; liniment chloroformé; régime lacté. Actuellement, on trouve des battements très faibles dans l'artère humérale, rien dans les autres artères, qui doivent cependant recevoir un peu de sang, puisque l'aspect du membre est à peu près normal. On note des signes de névrite périphérique, troubles trophiques, portant sur la peau et les articulations (poignet et doigts), douleurs, œdème léger.

— *Application des rayons Röntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhumatisme chronique progressif*, tel est le titre d'une communication de M. P. E. Launois, dans laquelle il s'agit d'un malade, âgé de quarante-sept ans, atteint d'une arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius des deux mains. Cette affection, qui a débuté il y a cinq mois, chez un individu exempt de toute manifestation rhumatismale, tuberculeuse, blennorragique ou syphilitique, lui paraît, en raison de la bilatéralité, de l'existence d'atrophie musculaire, de rétractions tendineuses, de troubles trophiques et vaso-moteurs de la peau, devoir être rangée dans le cadre du rhumatisme chronique progressif, dont elle semble être une première étape d'évolution. L'application des rayons Röntgen, comme le montrent les photographies, a permis de reconnaître quelle faible part il faut faire aux modifications du squelette (os et articulations) dans le gonflement et la déformation des régions malades.

L'auteur utilisant les rayons x, poursuit des recherches sur les altérations du squelette dans le rhumatisme chronique progressif, et espère pouvoir bientôt communiquer ses résultats à ses collègues.

— Sous le nom d'*ictère infectieux à rechute*, de maladie de Weil, on a décrit une affection caractérisée par de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite, et présentant souvent pendant son évolution une rémission suivie d'une courte rechute. Aujourd'hui, on tend à ne plus considérer cette maladie comme spéciale ou distincte, et la grande majorité des auteurs la font rentrer dans la classe des ictères infectieux.

M. Dalché vient d'en observer un cas accompagné de deux rechutes, avec cette particularité que la première des rechutes a consisté en une néphrite à l'exclusion de toute manifestation du côté du foie, tandis que la seconde a été

provoquée par une nouvelle et légère poussée d'accidents hépatiques.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui était tombée dans la Seine et avait failli se noyer ; elle avait absorbé une grande quantité d'eau. Quinze jours plus tard, apparaissaient les premiers symptômes ; l'évolution de la première atteinte fut classique : céphalée violente, vomissements, épistaxis, douleurs musculaires intenses, puis ictère.

Comme dans tous les cas de ce genre, la malade guérit.

M. Dalché se demande ensuite si cette affection qui, après une incubation de quinze jours, frappe en même temps le foie, la rate, le rein, n'est pas une affection générale d'emblée ? Rien ne permet de l'affirmer, mais il faut reconnaître qu'elle en a en toutes les allures.

Ces accidents se sont produits après l'absorption d'une grande quantité d'eau de Seine. Haas (de Prague), Pfuhl (d'Altona), attribuaient à l'influence des eaux malsaines les cas assez nombreux qu'ils ont observés, et considéraient leurs malades comme atteints de fièvre typhoïde combinée avec un ictère gastro-duodénal.

M. Mathieu, qui a été un des premiers à étudier la question, pense qu'à la rigueur les agents pathogènes peuvent être ceux de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, la malade de M. Dalché n'avait certainement pas la fièvre typhoïde.

M. Netter fait ressortir ce fait, que le fait rapporté par M. Dalché est classique au point de vue de sa pathogénie ; l'absorption d'une eau contaminée, telle est, en effet, la cause que l'on retrouve dans la plupart des cas de ce genre. Mais M. Netter pense que de cette cause unique peuvent dépendre des types cliniques assez différents : ictère infectieux avec ou sans rechute, fièvre à rechute sans ictère, etc. D'ailleurs, les auteurs allemands, et Weil lui-même n'avaient nullement dans l'esprit, en décrivant l'ictère à rechute, un type clinique à limites précises, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les observations rapportées par cet auteur.

C'est donc aussi dans le même groupe morbide qu'il faudrait faire rentrer le cas d'un malade observé par M. Rendu ; il s'agit d'un jeune homme qui, en prenant un bain dans un étang, absorba une certaine quantité d'eau. Le jour même, il présenta des phénomènes d'indigestion ; huit ou dix jours plus tard, il était pris de fièvre avec diarrhée fétide, tuméfaction énorme du foie et de la rate ; il n'y eut pas d'ictère.

Mais M. Hanot fait remarquer que malgré la tuméfaction du foie, l'absence d'ictère ne permet pas de confondre ce fait avec ceux décrits sous le nom d'ictère à rechute. Alors même que les conditions pathogéniques seraient identiques pour tous les cas dont parlait M. Netter, il faut conserver au syndrome clinique sa physionomie particulière ; ses caractères et son évolution le différencient d'ailleurs nettement des autres ictères infectieux ou des autres infections sans ictère.

M. Hanot rapporte ensuite un exemple typique d'ictère à rechute qu'il a observé récemment chez une malade qui avait absorbé, douze jours auparavant, une certaine quantité de moules. La rechute fut plus grave que la première atteinte, comme cela arrive toujours ; mais la malade guérit.

Un point particulièrement intéressant de cette longue discussion a été le suivant : on dit toujours, pour désigner l'ictère infectieux à rechutes, *maladie de Weil*. Le mémoire de l'auteur allemand fut cependant postérieur de plusieurs mois à un mémoire bien connu dans lequel M. Mathieu décrivait aussi l'ictère infectieux à rechute sous le nom de *typhus hépatique à rechutes*. Il est donc juste de dire *maladie de Mathieu* et non maladie de Weil.

M. Mathieu vient d'ailleurs expliquer que lorsqu'il émit, à propos de son malade — chez lequel les accidents s'étaient montrés aussi après l'absorption d'eau sale, — l'opinion que ces accidents pouvaient peut-être s'expliquer par une localisation particulière du virus typhique sur le foie, ce n'était là qu'une simple hypothèse ; c'est donc à tort qu'on lui a fait dire depuis qu'il considérait le typhus hépatique comme une forme spéciale de fièvre typhoïde.

— M. Ballet montre, à la fin de la séance, les coupes d'un foyer ancien d'hémorragie cérébrale ; au lieu de globules rouges et d'hématoïdine, on voit une infiltration considérable de globules blancs et, en outre, quelques cocci isolés ou en chaînettes. Le malade avait succombé à une broncho-pneumonie, et l'ancien foyer hémorragique s'était transformé, probablement au cours de cette dernière maladie, en véritable nodule infectieux.

M. Ballet pense que c'est sans doute à des causes analogues qu'il faut attribuer les modifications symptomatiques que l'on observe souvent chez les hémiplégiques au cours d'infections diverses.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 juin 1896

Photographie, par les rayons de Rœntgen, d'une balle de 7 millimètres dans le cerveau. (Note de MM. E. Brissaud et Londe, présentée par M. Marey, le 8 juin.)

Le 4 août dernier, M. X... reçut un coup de revolver (calibre, 7 millim.) à bout portant, dans la région moyenne de la bosse frontale gauche. Il affirme n'avoir pas perdu complètement connaissance, mais il lui était impossible de parler ni de faire aucun mouvement. Quelques heures plus tard, il répondait par monosyllabes aux questions qu'on lui posait ; il avait les yeux fermés, il reconnaissait à leur voix tous ceux qui lui adressaient la parole ; il s'efforçait même de leur répondre en anglais, l'idée de répondre en français ne lui venant pas à l'esprit. Il avait jusqu'alors employé indifféremment l'une ou l'autre langue. Lorsqu'il voulut recommencer à parler français, il n'y put parvenir, et cela dura environ trente-six heures.

Le Dr Reverdin (de Genève) le vit dix-huit heures après l'accident, et constata une hémiplégie gauche complète, avec une perte de la sensibilité étendue de l'extrémité des doigts au pli du coude. Au-dessus du coude, les réflexes cutanés étaient conservés et toutes les excitations étaient perçues. Aucune tentative ne fut faite pour la recherche de la balle. Le blessé eut pendant neuf jours, une fièvre régulièrement décroissante, fièvre n'ayant jamais atteint 39°, sinon le premier jour. Pendant quinze jours, il perdit ses matières et ses urines ; puis il recouvra la tonicité des sphincters, sortit de sa torpeur, se remit à manger avec appétit sans avoir éprouvé un seul instant le plus léger trouble de la déglutition ; enfin, il se leva et apprit à marcher à la façon des hémiplégiques. La plaie ne fut le siège d'aucune complication, ne donna pas issue à la moindre es-

quille et fut complètement cicatrisée en moins d'un mois.

A part la somnolence des premières heures et l'amnésie verbale transitoire exclusivement limitée aux mots français, l'état psychique ne subit aucune modification. Des accès de fou rire, qu'il ne faut pas attribuer à un trouble mental, seraient la seule anomalie intellectuelle à signaler, si l'on ne savait que ces accès résultent simplement d'une irritation cicatricielle des corps opto-striés au voisinage du genou de la capsule interne.

Aujourd'hui tout se borne à une hémiplégie gauche spasmodique des deux membres et de la face, sans participation des nerfs facial supérieur, moteur oculaire commun, masticateur. La contracture est de moyenne intensité, malgré l'exagération des réflexes et le clonus du pied; jamais le spasme ne s'est traduit par des convulsions jaksonniennes.

La pénétration de la balle dans la région frontale gauche n'implique pas que l'hémiplégie actuelle soit le fait d'une lésion de l'hémisphère gauche. La direction de l'arme, d'ailleurs, rend très bien compte du trajet du projectile.

La balle a perforé le lobe frontal obliquement, de gauche à droite, puis, passant en avant du corps calleux et dans le plan même de celui-ci, a traversé l'hémisphère droit d'avant en arrière et de dedans en dehors. Dans ce parcours, elle a sectionné les fibres de la couronne rayonnante de Reil au-dessus du ventricule latéral (ces fibres sont précisément celles qui forment le faisceau moteur intra-hémisphérique). En arrière, le projectile a respecté les fibres du faisceau sensitif, et l'on comprend ainsi que l'hémiplégie purement motrice ne se soit jamais compliquée d'hémianopsie. L'absence de troubles de la déglutition implique que les fibres capsulaires ont été épargnées entre le corps strié et la couche optique. Le rire spasmodique s'explique par une lésion de la partie antérieure du corps strié. L'aphasie française des premières heures doit être attribuée au traumatisme du lobe frontal gauche. Bref, le trajet de la balle était nettement déterminé par les symptômes. Il n'en était pas moins intéressant de confirmer le diagnostic rationnel par la preuve matérielle d'une biopsie sans exérèse, et c'est cette preuve que viennent de nous fournir les rayons de Röntgen.

Les images ont été prises par M. Londe dans le laboratoire de la Société l'*Optique*.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Gastou a présenté deux malades atteintes de dyshydrose :

Chez la première, l'affection a pris la forme typique dans les espaces interdigitaux et a gagné la paume de la main, où elle se traduit par des bouquets de vésicules qui ne se transforment pas dans le cours de leur évolution et disparaissent spontanément. Elle n'a pas d'hyperhydrose, ni signes manifestes de névropathie. L'affection est survenue, il y a deux ans, à la suite d'une peur et procède par poussées estivales et hivernales.

La seconde malade a les paumes des mains couvertes d'éléments d'apparence syphiloïde formant des placards éruptifs analogues à la syphilis psoriasiforme. Mais à côté de ces éléments existent de grosses vésicules qui s'agglomèrent par place et de petites vésicules interdigitales.

Il n'y aucun antécédent syphilitique, la malade a cette affection, depuis douze ans, tous les étés; elle présente une hyperhydrose intense. L'affection a débuté avec la menstruation. Il existe, chez elle, une diminution de la sensibilité nette, mais pas d'autres troubles nerveux.

L'histoire de ces malades montre, d'une part, combien le diagnostic de la dyshydrose est quelquefois difficile, simulant l'eczéma, la syphilis, et, d'autre part combien la pathogénie de l'affection est obscure, puisque l'une de ces malades a de l hyperhydrose et l'autre n'en a jamais eu.

— MM. Canuet et Barasch ont présenté une malade, du service de M. le professeur Fournier, atteinte d'une éruption polymorphe et confluente. Tout le corps est couvert d'éléments différents; papuleux, papulo-squameux, papulo-croûteux qui sont surtout très confluents dans le dos, où ils constituent de vastes placards croûteux. Les croûtes sont pénétrantes et comme enchâssées dans la peau. Le polymorphisme de ces éléments fait rejeter l'hypothèse d'accidents du tertiairisme. Malgré de telles lésions, l'état général est satisfaisant; il n'y a ni céphalée ni douleurs articulaires, ni fièvre. L'accident initial est resté ignoré, malgré une recherche minutieuse, mais l'adénopathie inguinale permet de penser à un chancre vulvaire ayant débuté il y quelques mois. Le facteur de gravité paraît être l'alcoolisme avoué par la malade: on ne trouve ni tuberculose ni paludisme.

— M. Georges Brouardel montre un cas d'éléphantiasis des organes génitaux externes, particulièrement intéressant au point de vue de la pathogénie de l'affection. La lésion a débuté trois mois après la cure, par l'ablation d'une double adénite inguinale suppurée. Outre les téguments, les testicules sont augmentés de volume, surtout le testicule droit, et les vaginales contiennent du liquide.

— Chez une de ses malades atteinte d'érythème polymorphe avec prurit fort peu intense, M. Darrier a recherché les cellules éosinophiles dans le sang, dans le liquide des vésicules et des bulles. Dans ces deux milieux, leur quantité était très augmentée. Il est donc probable qu'il s'agissait d'un cas de maladie de Duhring.

— M. Leredde a confirmé l'exactitude des recherches qu'il a publiées en 1895 sur les caractères anatomiques de la maladie de Duhring. Ni dans le pemphigus vrai ni dans aucune dermatose bulleuse, on n'a rencontré jusqu'ici les deux caracteres dont la réunion définit la maladie de Duhring ; éosinophilie de 8 à 33 °/o, présence dans les vésicules et les bulles non suppurées de 40 à 90 éosinophiles pour 100 leucocytes. Ces éléments permettent le diagnostic dans les cas difficiles. Dans certains cas d'érythème polymorphe seulement, on les retrouve. L'existence de la dermatite herpétiforme aiguë, admise par M. Brocq, est ainsi vérifiée.

— M. Galezowski a étudié certaines altérations syphilitiques des vaisseaux rétiniens. Il peut arriver qu'un malade soit pris de cécité aussi subite que dans l'embolie de l'artère centrale de la rétine, cette embolie n'existant pas. On a alors affaire à l'oblitération complète d'un gros vaisseau par thrombose d'origine endartéritique. D'autres fois, il y a de la périartérite et des hémorragies, ou encore des lésions disséminées sur les petites artères.

— Une malade, amenée par M. Fournier, a été atteinte de syphilis médullaire. La syphilis remonte à trois ou quatre ans, et, l'année dernière, il s'est produit des attaques apoplectiformes. La maladie a débuté par des douleurs dans la nuque, le cou et entre les deux omoplates. Outre ces douleurs, la syphilis médullaire supérieure se révèle par trois autres granda symptômes : des troubles de la motilité, peu accentués au début et caractérisés surtout par l'impossibilité de courir ; de l'exagération des réflexes ; de l'inégalité pupillaire. Le traitement mixte guérit la maladie si l'on intervient de bonne heure. Mais si le diagnostic n'est pas porté assez tôt, on voit survenir le syndrome qui a reçu le nom de paraplégie spasmodique de Erb, et la médication n'a plus grande influence.

— Chez un malade qu'a montré M. Darier, il existe deux perforations du voile du palais d'apparence syphilitique. Cependant, ces perforations se sont produites sans douleur, sans infiltration gommeuse préalable, sans inflammation. Les perforations sont en train de se réunir. L'interrogatoire du malade a permis à M. Darier d'éloigner toute idée de tabes, de syphilis héréditaire, et, pour lui, on doit admettre qu'il s'agit d'une syphilis acquise, ignorée, à localisation d'allure anormale.

— MM. Hallopeau et G. Bureau ont fait connaître un nouveau cas d'amélioration considérable et durable d'un lupus par l'érysipèle. Dans une récente communication à la Société médicale des Hôpitaux, M. Thibierge a formulé les conclusions suivantes : « Personne n'a établi que l'action de l'érysipèle ait amené la guérison définitive d'un lupus; loin de chercher à provoquer sur le tégument la rencontre du bacille de Koch et du streptocoque, on doit l'éviter par tous les moyens possibles; l'apparition de ce dernier peut être l'origine de lésions éléphantiasiques qui, en s'ajoutant au lupus, superposent à une maladie rebelle une difformité non moins persistante et plus gênante encore ».

En admettant ces propositions, M. Thibierge n'a pas eu présent à l'esprit un fait communiqué par l'un des auteurs à la Société de Dermatologie; il s'agissait d'une malade complètement guérie depuis six ans d'un lupus par un érysipèle intercurrent. La malade qui a fait l'objet de cette communication, reste très améliorée depuis qu'elle a contracté un érysipèle il y a plus de six mois : ces faits sont pleinement démonstratifs.

Pour ce qui est de l'état éléphantiasique que des érysipèles récidivants auraient amené chez la malade de M. Thibierge, son interprétation est des plus contestables, car il s'est agi, selon toute vraisemblance, non d'érysipeles, mais bien de lymphangites. *(A suivre.)*

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — A l'occasion de l'Exposition de Bordeaux, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le Dr Mauriac, inspecteur général de la salubrité de Bordeaux;

MM. Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France, à Paris; et Périer, pharmacien et viticulteur, à Pauilhac, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Concours de prosectorat. — Le concours pour le prosectorat vient de se terminer par les nominations de MM. Riche et Marion. — M. Savariaud a été proposé pour les fonctions de prosecteur provisoire.

Distinctions honorifiques. — *Médailles d'argent.* — Mme F. Beaujois (sœur Elisabeth), supérieure des sœurs de Saint-Charles, 36 ans de service dans les hôpitaux, dont 10 comme supérieure. — Mme J.-M. Giglot (sœur Saint-Gérôme), de l'ordre des filles de la Sagesse (hospice mixte de Saint-Maixent), s'est fait particuliérement remarquer par son dévouement, lors d'une grave épidémie de scarlatine (novembre 1895 à mars 1896). — Mme H.-P. Grosset (sœur Prudentienne), de l'ordre des filles de la Sagesse (hospice mixte de Cholet); s'est particulièrement distinguée pendant l'épidémie de scarlatine (1895-1896). — Mme A. Chastel (sœur Paule), de l'ordre de Nevers.

Médailles de bronze. — MM. Diard, infirmier régimentaire au 114e d'intanterie, stagiaire à l'hospice mixte de Parthenay, a fait preuve, pendant l'épidémie de scarlatine de 1895-1896, d'un dévouement remarquable. — Georget, infirmier régimentaire au 77e d'infanterie (hospice mixte de Cholet), depuis huit ans a soigné jour et nuit ses camarades atteints de scarlatine (1895-1896). — Guiard, Aubinet, Mondain, soldats au 77e d'infanterie, étudiants en médecine, appelés comme infirmiers auxiliaires à l'hospice mixte de Cholet, ont fait preuve de zèle et de dévouement en soignant leurs camarades, et on été atteints par la contagion. — Vêque, soldat au 114e d'infanterie, infirmier auxiliaire à l'hospice mixte de Saint-Maixent, pendant une grave épidémie de scarlatine et de diphtérie (1895-1896), a prodigué avec le plus grand dévouement ses soins aux militaires malades. — Pavy, infirmier à la 20e section; pendant vingt mois a soigné avec un dévouement de tous les instants, les typhoïdiques à l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbés. — Gaillot, caporal, et Cadoret, soldat à la 19e section d'infirmiers, en service dans les salles des typhoïdiques de l'hôpital militaire de Gardaïa, ont contracté par contagion des fièvres typhoïdiques graves pendant l'épidémie de 1895-1896, où ils se sont distingués par leur zèle et leur dévouement.

Association française de chirurgie (10e Congrès, 19-24 octobre 1896). — Le 10e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1896, sous la présidence de M. le professeur Terrier, membre de l'Académie de médecine.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.* M. Forgue, de Montpellier, rapporteur.

2° *Traitement des prolapsus génitaux.* M. Bouilly, de Paris, rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Traitement du goitre exophtalmique.

Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue tous les médicaments, toutes les médications qui ont été employés dans le goitre exophtalmique. Il nous semble plus utile d'indiquer d'abord sommairement la conduite suivie par la majorité des praticiens, puis d'insister ensuite sur des pratiques d'un emploi tout récent, la thérapeutique que l'on peut appeler pour ainsi dire glandulaire, et le traitement chirurgical.

I

L'hygiène joue un grand rôle dans le traitement du basedowien. Le malade doit éviter, dans la mesure du possible, toute cause d'émotion, fuir les réunions bruyantes, les théâtres. « Quel que soit le point de départ de la maladie, quel que soit le mécanisme des accidents, les phénomènes d'intoxication jouent un rôle universellement reconnu dans cette affection » [Joffroy et Achard] (1). Il faut donc s'efforcer de réduire au minimum la formation des produits toxiques dans l'organisme, veiller avec grand soin sur l'alimentation. Le régime lacté rendra souvent des services. Thompson a vu ce seul régime suffire pour améliorer beaucoup la maladie de Graves; cette amélioration cessait dès que l'on reprenait le régime carné (1). Von Hosslin a vanté le régime végétarien. Jamais, dans tous les cas, les repas ne doivent être copieux et on interdira tous les excitants, le thé, le café et l'alcool.

Tandis qu'en Allemagne la cure d'altitude est en faveur, en France on se borne habituellement à recommander simplement le séjour à la campagne et même au bord de la mer [Oulmont] (2), déconseillé cependant par plusieurs auteurs (Joffroy). Les cures thermales sont peu indiquées. En tous cas, on n'enverra les malades qu'à des eaux faiblement minéralisées (Saint-Nectoire, Chatel-Guyon) ou à des eaux sédatives indéterminées (Ussat, Plombières, Néris, Lamalou).

Wilson a obtenu de très bons résultats, dans un cas, de l'emploi des bains salins (bains artificiels de Nauheim); au bout d'un mois, l'amélioration était très remarquable. La composition du bain varie de 1 °/₀ à 3 °/₀ chlorure de sodium et 1 °/₀₀ à 3 °/₀₀ chlorure de calcium avec, en plus, de l'acide carbonique à l'état libre dans le bain fort. Il faut avoir soin de graduer le traitement (3).

L'hydrothérapie rendra les plus grands services.

(1) *Traité de Thérapeutique appliquée*, fasc. III, p. 10.

(1) *New-York Neur. Soc.*, mai 1893.
(2) *Thérap. des névroses*, Paris, 1894.
(3) *The Practitionner*, septembre 1895.

FEUILLETON

Sépulture de noyés.

Quel chapitre exquis de tristesse et d'émotion, la catastrophe du *Drummond-Castle* n'eût-elle pas fourni à Pierre Loti pour son livre « de la Pitié et de la Mort »? Et lui qui aime tant l'âme bretonne, parce qu'il la comprend et qu'elle est en lui, comme il eût su nous dire tout l'attendrissement qui émane de la touchante piété dont ces braves gens des côtes entourent les lamentables dépouilles rejetées aux grèves, par la fantaisie de la mer lassée de les balotter.

Témoin fortuit des manifestations de cette piété, j'ai pensé qu'un récit de ce que j'ai vu, récit sans autre mérite que sa fidèle simplicité, ne vous déplairait pas à lire. Si le talent m'avait été donné de savoir mettre mon cœur au bout de ma plume, j'aurais voulu faire mieux qu'une humble histoire; mais je ne puis que regretter qu'un poète ne se soit pas trouvé là pour peindre les soins adorables avec lesquels les femmes d'Ouessant, par exemple, paraient les cadavres des enfants que le courant du Fromveur avait accrochés aux rocs de leurs falaises, et dire comment, après les avoir revêtus des plus beaux habits de leurs fillettes, elles savaient encore trouver sur le sol nu et dévasté de leur île quelques pâles fleurs, dont la jonchée sur les pauvres cercueils semblait vouloir donner aux tout petits qui y dormaient l'illusion d'avoir fermé les yeux dans les bras de leurs mères.

Ces femmes d'Ouessant ne sont pas jolies : elles sont très belles, comme celles de l'île de Sein où Renouf avait trouvé le modèle qui lui servit pour son célèbre tableau : *la Veuve*, actuellement au musée de Quimper, et je crois qu'aucun artiste ne resterait indifférent devant ces figures aux traits énergiques, accentués, mais parfaits de régularité, d'une grande netteté de lignes, d'un dessin très pur, frappés comme un profil de médaille. Leur costume s'harmonise si bien avec l'ensemble de leurs caractères, de leurs mœurs et de leurs conditions d'existence, que si quelque peintre voulant symboliser cette race de la mer avait créé ce costume de toutes pièces, on eût crié au chef-d'œuvre.

Joffroy et Achard conseillent surtout les douches en jet; on doit accoutumer peu à peu les malades et n'arriver que progressivement à l'emploi de l'eau froide; parfois même, il faudra se borner à l'eau tiède; le jet sera brisé et la durée de la douche ne dépassera pas quelques secondes. Vigouroux a préconisé les bains très courts ou même de simples immersions dans de l'eau à 20°, immersions que l'on peut répéter plusieurs fois par jour. La lotion à l'éponge ruisselante était recommandée par Peter. A l'exemple de Beni-Barde, on pourra recourir contre l'aménorrhée, aux bains de siège froids et courts, aux bains de pieds chauds; contre les ménorrhagies, aux bains de pieds froids à eau courante, etc.

L'électrisation a été appliquée suivant des procédés très différents, ce qui n'a rien d'étonnant, étant donné les idées théoriques très variées qui ont guidé les thérapeutes. En France, on n'emploie que la faradisation dont la technique opératoire a été minutieusement étudiée par Vigouroux (1). L'électrode fixe, formée par une plaque de 7 à 8 centimètres, est fixée à la partie postéro-inférieure du cou; elle est reliée au pôle positif pour l'électrisation des carotides, du corps thyroïde; au pôle négatif pour celle des yeux, de la région précordiale. L'électrisation des carotides est faite par un petit tampon olivaire appliqué en dedans du sterno-mastoïdien, au niveau de l'angle de la mâchoire; le courant doit être assez fort et il faut électriser pendant une minute, une minute et demie, chaque carotide. Pour l'électrisation des régions oculaires, on place d'abord le tampon sur le rebord externe de l'orbite pour exciter l'orbiculaire, en ayant soin d'éviter un point situé à un centimètre en arrière et au-dessous de la queue du sourcil dont l'excitation amène un mouvement brusque de l'œil en avant. Le tampon est ensuite promené sur les paupières, sur tout le pourtour de l'orbite, en évitant les nerfs. La durée de l'électrisation, pour chaque œil, doit être de une à deux minutes. La tumeur thyroïdienne est électrisée avec un tampon plat de 3 à 4 centimètres, successivement appliqué au-dessus de la fourchette, sur les muscles sterno-hyoïdiens et thyroïdiens, en tout deux ou trois minutes. On peut se servir d'un courant assez intense pour provoquer une forte contraction musculaire et il faut éviter de toucher le sternum. Pour l'électrisation de la région précordiale la plaque de la nuque est reliée au pôle négatif. L'électrode plate de 4 centimètres de diamètre est appliquée sur le 3e espace intercostal gauche, près du sternum; le courant doit être faible, juste assez fort pour provoquer quelques légères contractions fibrillaires du grand pectoral; durée deux à trois minutes. La durée totale de la séance est donc de dix à douze minutes, et il faut en faire une, au moins, tous les deux jours et, si la chose est possible tous les jours. La durée totale du traitement atteint six mois, un an et plus.

(1) *Progrès Médical*, 1887; *Gazette des Hôpitaux*, 1891, page 1291.

Joffroy et Achard préfèrent les courants continus à la faradisation. Le pôle positif est fixé à la partie inférieure de la nuque, et le pôle négatif promené lentement sur toute la partie antéro-latérale du cou, sur la tumeur thyroïdienne et autour d'elle; le courant doit être aussi fort que le sujet peut le supporter, mais il ne faut pas dépasser l'intensité avec laquelle il se produit une certaine pâleur de la face. Les séances, de courte durée, seront répétées tous les jours ou au moins tous les deux jours.

Le traitement électrique est un de ceux qui donnent les meilleurs résultats, on doit toujours le tenter.

Les hommes, tous marins, sont ce que de pareilles mères peuvent les faire : robustes et bons, des muscles et un cœur.

Les deux mots qu'a répondu leur maire aux remerciements du consul anglais et de la reine d'Angleterre les peignent tous : « Nous n'avons fait que ce que toute autre population eût fait à notre place. Les soins que nous avons rendus à vos compatriotes seront de même, un jour, rendus aux nôtres par des pêcheurs de votre nation ».

Cette bonté, qui va jusqu'à s'ignorer elle-même, s'allie chez eux à une étonnante énergie. Un des souvenirs de mes premières études médicales qui sont restés le plus profondément gravés dans ma mémoire se rattache à un homme de ce pays, qui dut subir une opération douloureuse pour un épithéliôme de la lèvre inférieure. C'est une affection malheureusement commune chez ces gens qui trompent l'ennui et la misère des longues heures passées à la mer, en fumant sans trêve, et qui se servent, en guise de pipes, de la partie mobile des grosses pinces des crabes tourteaux. L'opéré, non chloroformé, fut impassible. Peu de temps après, une récidive exigea une ablation plus étendue, avec autoplastie. La durée de l'acte opératoire fut longue; le malade ne se départit pas de son stoïcisme. Après un intervalle plus court que le premier, une nouvelle intervention fut nécessaire. Il fallut, cette fois, enlever une large portion du maxillaire inférieur. Je vois encore ce malheureux, assis sur une chaise, la tête simplement soutenue sur les mains d'un infirmier. Non seulement il ne jeta pas un cri pendant l'interminable torture, mais pas un muscle de son visage ne tressaillit; pas une ride de sa peau ne se creusa davantage au moment des plus violentes douleurs, lorsque la scie à chaîne ébranlait son crâne tout entier. De temps en temps, il ouvrait les yeux et joignait à ce mouvement un geste tranquille de la main pour demander qu'on s'arrêtât un instant et qu'on lui permit de se débarrasser du sang qui lui coulait à flots dans la gorge. Puis, de lui-même, il reprenait la position qu'il fallait, fermait de nouveau les yeux, et le chirurgien continuait son œuvre.

Bien souvent depuis, il m'a été donné de voir courageusement souffrir, mais, même parmi les plus braves, je n'ai jamais plus trouvé personne qui atteignît à ce degré d'énergie et d'impassibilité. Ceux parmi les assistants qu'une

Un certain nombre de médicaments sont réellement utiles. Il en est ainsi des bromures employés comme calmants de l'éréthisme nerveux, contre l'insomnie, aux doses de 4 à 6 grammes par jour, et même davantage. Le bromure de potassium est surtout usité.

La digitale n'est à prescrire que s'il y a des lésions valvulaires ou des phénomènes d'asystolie fonctionnelle ; si l'innervation du cœur est seule troublée, elle est inutile et même nuisible. Dans le premier cas, on la prescrira comme dans les maladies du cœur. Le strophantus est parfois mieux toléré (teinture de Vicario, 6 à 10 gouttes par jour).

Le fer, prescrit volontiers par les uns, a été regardé par les autres comme produisant souvent des effets fâcheux. « Il réussit peu quand il ne fait pas de mal », disait Trousseau. Joffroy et Achard le conseillent surtout chez les jeunes femmes chloro-anémiques, mais recommandent de bien consulter l'état de l'estomac. Quand l'anémie est très marquée, Jaccoud l'ordonne sous forme d'iodure ; il prescrit aussi l'arsenic, 4 à 6 mm. d'acide arsenieux par jour.

Tout récemment, Chibret a vanté le salicylate de soude à la dose de 5 grammes par jour, donnés en quatre fois, dans beaucoup de liquide. L'amélioration peut se manifester au bout de quelques jours. S'il y a des phénomènes d'intolérance trop marqués, on peut réduire la dose à 4 et même 2 grammes (1).

Kocher a préconisé le phosphate de soude conseillé par Trochewsky à la dose de 2 à 10 grammes par jour (2).

L'antipyrine peut être utile comme nervin et contre la fièvre. Quoi qu'en ait dit Huchard, il est douteux qu'elle ait une action curative (1).

L'iode et les iodures à l'intérieur sont à rejeter.

(1) *Rev. gén. d'ophtalmologie*, janvier 1895.

(2) *Corresp.-Blatt f. Schwizer-Aertze*, 1895, n° 1, p. 3 ; n° 2, p. 48.

II

Le traitement thyroïdien de la maladie de Basedow, qualifié par Brissaud, au Congrès des aliénistes français de 1875, de « comble de l'homéopathie à hautes doses », a donné des résultats très dissemblables.

Voyons d'abord les cas suivis de succès. Une malade de J. Voisin prit par jour 6 à 8 grammes de glande thyroïde de mouton, en deux fois, avant chaque repas. Au bout de quinze jours, l'amélioration était déjà considérable. Le tremblement, l'insomnie avaient disparu, ainsi que l'œdème ; les battements du cœur étaient devenus réguliers, le goitre avait diminué de 4^{cc} de pourtour, l'exophtalmie elle-même était moins considérable. Au moment où Voisin communiquait son observation, l'amélioration se maintenait depuis quatre mois et le malade continuait le traitement en le suspendant une semaine sur quatre. Au Congrès des aliénistes de 1895, Voisin a fait connaître qu'il avait soigné deux autres malades avec les mêmes résultats satisfaisants.

Bogroff a traité 9 cas de maladie de Basedow par l'extrait de glande thyroïde. Il y eut une amélioration bien marquée des symptômes cardinaux et accessoires du goitre exophtalmique. Bogroff croit que l'hypertrophie de la glande thyroïde peut disparaître complètement sous l'influence des injections de l'extrait. surtout si l'affection est récente. La tachycardie a été le symptôme le plus rebelle au traitement. Assez souvent il y a une alternance d'améliorations et d'aggravations passagères, mais, après

(1) Soc. de Thér., 11 février 1895.

carriere déjà longue, commencée avant la découverte de l'anesthésie, avait cuirassés contre le spectacle de la douleur et habitués à la voir supporter sans défaillance, en étaient muets d'étonnement et d'admiration. Nous autres, les jeunes, nous eussions voulu pouvoir applaudir,

Mais ce n'est pas de choses anciennes que je me suis proposé de causer aujourd'hui avec vous.

Or, un motif bien banal — le choix d'une villégiature agréable, en un pays salubre, et (permettez ce détail) dans ce que le *Petit Journal* appelle *les petits trous pas chers* — me conduisit, ces jours derniers, sur un des points de la côte bretonne, qui fait face à l'archipel d'Ouessant. Le naufrage du grand paquebot anglais avait eu lieu cinq ou six jours avant mon arrivée. La petite ville en était toute consternée, on ne s'entretenait plus que de ce sinistre. A l'hôtel où j'étais descendu, dans les rues, au café, sur les quais partout on n'entendait parler que de cela. Dans la journée même, un bateau de pilote était rentré au port ramenant deux cadavres qu'on devait inhumer le lendemain.

J'ai lu, hélas! le récit de beaucoup de désastres ; je venais de lire dans vingt journaux celui du récent naufrage, sans être plus ému qu'il n'est de mise de l'être, à notre époque d'égoïsme, devant des malheurs dont on n'est pas touché personnellement. Je fus donc surpris d'abord de la grande compassion qui se trahissait dans tous ces discours, de l'évidente sincérité avec laquelle tous ces gens prenaient part à la peine d'autrui. J'en fus vivement impressionné ensuite, et cette impression me fut douce et bonne ; je sentis que j'étais entraîné par ce courant d'humaine sympathie, et que quelque chose de meilleur était entré en moi.

Des gens, pauvres — là, personne n'est riche — offraient, choisis dans leurs armoires bien peu garnies, leurs meilleurs draps pour ensevelir les noyés.

Les cercueils avaient été déposés, pour la nuit, dans une salle de la mairie. Puis, dès le matin, on les exposa, décemment recouvert de draps blancs, entourés de quelques flambeaux, dans le vestibule de la maison de ville. Comme je rentrais, à l'heure du déjeuner, apres une lente promenade sur les falaises, je passai par la ruelle où se trouve la mairie, précédée d'une petite cour sablée qu'enferme une grille. A mesure que je m'en approchais, un murmure

chaque poussée, l'amélioration était plus manifeste. D'après Bogroff, il vaut mieux injecter l'extrait de glande thyroïde que d'administrer cette dernière en nature par l'estomac. On évite ainsi sûrement les phénomènes accessoires et on peut faire un dosage rigoureux (1).

D'après Stecher Ingels et G. Ohls, le corps thyroïde desséché amène rapidement une diminution du goitre, mais il n'a pas d'effet sur l'exophtalmie et aggrave les troubles cardiaques (2).

Caussin de Rosières a obtenu une grande amélioration par la médication thyroïdienne (3).

Mikulicz a fait prendre à un de ses malades 335 grammes de corps thyroïde; les résultats ont été très bons.

R. Alexeieff a donné une glande thyroïde de mouton en nature tous les quatre jours pendant six semaines. Au début, le malade avait presque chaque fois, huit à vingt heures après l'administration de la glande, de la faiblesse générale, de la courbature, des frissons sans fièvre, de l'anorexie, etc. Ces phénomènes persistent pendant quelques heures. La tumeur thyroïdienne diminua de moitié.

G. Etienne a employé les injections de liquide thyroïdien dans deux cas de maladie de Basedow. La première malade avait eu un neveu atteint de myxœdème. Au moment du traitement, cette femme présentait des palpitations et des bouffées de chaleur, de la tachycardie, de l'agitation avec idées bizarres, et, au côté droit du cou, on trouvait deux nodules du volume d'une noix, saillants; les règles étaient supprimées. On fit six injections d'abord de 1/2 centigramme, puis de 1 centigramme de liquide thyroïdien de Jacquet, au 1/10e. Après la sixième injection, il n'y avait plus de bouffées de chaleur, les palpitations étaient très diminuées et les règles revenues. Le traitement fut alors institué par les voies digestives, mais ne put maintenir l'amélioration, et il fallut revenir aux injections.

Dans la seconde observation, comme dans la première, la malade chez laquelle les symptômes étaient du reste moins accentués, ne put être améliorée sérieusement que par les injections.

Spilmann a échoué dans ses tentatives de traitement du goitre exophtalmique par l'extrait thyroïdien; les malades ont maigri et les palpitations ont augmenté.

Dans deux cas où les traitements habituels avaient échoué, Morin a obtenu une amélioration très considérable en faisant ingérer des glandes thyroïdes de mouton (1). Burns, Reinhold ont aussi publié des observations de succès; de même, tout récemment, Van Noorden.

Les échecs semblent, cependant, être plus nombreux que les succès. A la suite de la médication thyroïdienne, notre cher maître, M. Dreyfus-Brisac a toujours constaté une aggravation des phénomènes. Par le traitement thyroïdien, Nasse a exagéré les symptômes du goitre exophtalmique (2). Nasse a administré du corps thyroïde à un basedowien; il y a eu diminution du goitre, mais aggravation telle des autres symptômes que l'on dut suspendre le traitement. On a employé le même traitement à la clinique de Bergman, mais les résultats obtenus n'ont été que transitoires.

Marie, Horsley considèrent l'administration de la

(1) *Gaz. hebd. de la Russie Mérid.*, janv. et fév. 1875; *Revue de Médecine*, nov. 1895.
(2) *New-York Méd. Journ.*, 1895.
(3) *Gazette médicale de Picardie*, 1895, n° 10, p. 233.

(1) *Rev. Méd. de la Suisse romande*, mai 1895, p. 241.
(2) *Ann. de la Soc. Méd.-Chir. de Liège*, 1894, p. 24.

---

indistinct, coupé par des intervalles réguliers de silence, frappait mon oreille; de plus près, je perçus que pendant ces silences une voix encore s'élevait à laquelle beaucoup d'autres semblaient répondre, et quand je fus arrivé devant la grille, je vis une trentaine de personnes rangées sur des chaises, de chaque côté des cercueils, et qui psalmodiaient des prières. Il y avait là des hommes et des femmes, des paysans et des pêcheurs; figures glabres et calmes, presque hiératiques des gens de la terre; rudes faces tannées de marins, recuites à tous les soleils du monde. Dans ces mains puissantes, calleuses, durcies au contact du manche de bêche ou de la poignée d'aviron, de grossiers chapelets noirs et luisants de l'usure des doigts, s'égrenaient, comptant les *Ave*, dont une femme récitait la première strophe et dont le reste s'achevait dans le gros bourdonnement de toutes les voix, où dominait la basse profonde des hommes.

Et l'accent de ces oraisons était si pénétrant, il s'en dégageait tant d'humaine bonté, tant de divine pitié, tant de supplications sincères et d'absolue certitude que celles-là ne seraient point vaines, que je ne pouvais m'empêcher d'en être tout remué et de me sentir pris d'un respect profond devant l'admirable charité de ces simples, priant pour des inconnus, dont hier encore, ils ignoraient tous l'existence, et dont la plupart n'avaient même pas aperçu les cadavres.

A terre, au pied des cercueils était un bénitier. Respectueux et chapeau bas je m'approchai, projetai quelques gouttes d'eau sur les deux bières et me tins debout quelques minutes, vraiment ému, avec un regret de ne savoir ou peut-être de n'oser faire plus, ayant le sentiment très net que ces gens de la campagne valaient mieux que moi, l'homme des villes, et que je leur étais inférieur.

Cela dura ainsi toute la journée, jusqu'à l'heure des obsèques, de nouveaux venus remplaçant sans cesse ceux qui s'en allaient.

Et jamais, sous les hautes voûtes des cathédrales que l'orgue emplit de la merveille de ses mille voix, parmi les pompes des cérémonies en vêtements d'or, dans les fumées de l'encens irisées par les verrières aux colorations magiques, je n'avais compris la grandeur du cri de l'homme vers le Ciel, comme je l'ai comprise devant cette humble

glande comme contre-indiquée ou au moins inutile. Du reste, on a noté, dans le traitement du myxœdème par la glande thyroïde, l'apparition de symptômes rappelant ceux du goitre exophtalmique. [Béclère] (1) et Chantemesse, en injectant des quantités minimes de corps thyroïde à un mouton, a provoqué chez lui de l'excitation, de l'élévation de la température, de la précipitation du pouls.

Mendel a essayé des tablettes thyroïdiennes, de provenance anglaise, dans 10 cas de maladie de Basedow; les phénomènes d'excitation cardiaqne furent tels que l'on dut renoncer au traitement. Ce dernier provoque toujours, d'après Mendel, un amaigrissement très préjudiciable. Senator a renoncé à la médication thyroïdienne dans le goitre exophtalmique et Ewald n'en a obtenu que des résultats négatifs (2).

Notkine n'a pas observé d'autre résultat favorable qu'une légère diminution dans le volume du corps thyroïde.

Von Jaksch n'a eu que des résultats nuls (3).

On voit qu'il est difficile, à l'heure actuelle, de se faire une opinion ferme sur les effets de la médication thyroïdienne dans le goitre exophtalmique. Peut-être cela tient-il (Joffroy) à ce que, dans la maladie de Basedow, il n'y a pas purement et simplement excès ou défaut d'un produit normal, mais sécrétion d'un produit modifié. Les préparations pharmaceutiques de la glande thyroïde, les extraits divers (thyro-antitoxine, thyroïodine, etc.), sont trop peu étudiés encore pour que l'on puisse se fier aux spécialités mises dans le commerce. Le mieux, si l'on est décidé à essayer de la médication, est de prescrire la glande en nature. Il faut demander les glandes du cornet. La thyroïde du mouton pèse de 2 à 3 grammes, celle du veau de 6 à 7 grammes, celle du bœuf de 12 à 16 grammes; on doit vérifier la nature du viscère livré, les bouchers donnant fréquemment, à la place de la glande, des ganglions lymphatiques, les parotides, etc. [Chassevant] (1).

(1) Soc. méd. des Hôp., 12 oct. 1894.
(2) Soc. de Méd. de Berlin, 23 févr. 1896.
(3) Congrès de Wiesbaden, 1896.

Comme le thymus est souvent hypertrophié chez les basedowiens (Hilton-Fagge), on l'a employé dans le traitement de la maladie.

Mikulicz a obtenu de bons résultats avec cet organe; le goitre diminua fort peu de volume, mais les autres symptômes présentèrent une rémission notable (2). Il avait commencé par 10 à 15 grammes, puis était arrivé à 25 grammes trois fois par semaine.

Dans un cas de D. Owen, du thymus fut donné par erreur à un malade atteint de goitre exophtalmique. L'amélioration fut rapide et, au bout d'un an, le patient pouvait être considéré comme guéri (3).

Taty et Guérin ont traité par l'ingestion de thymus de veau une femme atteinte de maladie de Basedow classique avec idées vagues de persécution. Cette femme a pris 1kg500 de thymus en deux mois. Le délire et l'agitation ne furent pas améliorés, non plus que le goitre et le tremblement. Après huit jours de repos, on administra 40cc de thyroïdine pendant dix jours, et cela sans aucun accident toxique; l'agitation s'atténua, mais non le délire, et le corps perdit encore 3 kilogrammes (4).

Le thymus ne doit être recueilli chez les moutons que jusqu'au commencement de la première année;

(1) *Presse Méd.*, 1896, n° 43, p. 249.
(2) *Berlin, Klin. Woch.*, 1896, 16, p. 342.
(3) *Britisch Med. Jour.*, 16 fév. 1895, p. 361.
(4) Congrès des Aliénistes, 1895.

---

invocation, incessamment clamée par ces pauvres gens, dans la petite cour d'une mairie de village, par le grand calme d'une chaude journée de juin et sans autre accompagnement que le roulement lointain des lentes houles apaisées sur le sable des grèves.

Une voiture avait amené le matin quelques Anglais, partis de Londres précipitamment à la nouvelle du désastre et qui venaient essayer de reconnaître quelqu'un des leurs dans ces corps retrouvés en mer. On ouvrit devant eux les cercueils, et, par un étrange hasard, deux d'entre eux, le mari et la femme, se trouvèrent en présence du corps de leur frère et beau-frère. Ils expliquèrent à travers leurs larmes que ce n'était point là leur seule perte. Le mort avait une femme, lui aussi, et une gentille enfant de quatre ou cinq ans, que l'Océan n'avait pas encore rendues ou qui reposaient déjà dans les tombes anonymes de Molene ou d'Ouessant.

La présence de ces familles, dont la douleur pour être contenue n'en était que plus impressionnante, ajouta aux obsèques quelque chose de poignant. La population tout entière voulut y assister. L'église suffisait à peine à contenir les assistants. Et là, le bon cœur de tout ce monde se révéla sous une nouvelle forme. Quand vint la quête traditionnelle et que le quêteur parcourut les rangs pressés du peuple en précipitant ses appels : « *Evit an anaonn* » (1), le bruit des sous tombant dans le plat de cuivre ne cessa plus. Leur sympathie, leur temps et leurs prières données tout le jour sans compter, ces pauvres n'estimaient pas que ce fût assez, ils donnaient encore, eux à qui le pain est si dur à gagner ; ils donnaient pour d'autres prières. Et les Anglais, devinant le sens de la plainte monotone du quêteur : « Evit an anaonn » et entendant le tintement inintérrompu des sous dans le plat de cuivre, comprirent avec quelle cordialité ce peuple partageait leur douleur; la raideur de leur correction en fut flétrie ; des larmes et des sanglots qu'ils avaient retenus jusque-là les soulagèrent alors.

Enfin le long cortège s'achemina vers le cimetière, éloigné de 3 kilomètres. La route serpente sur le plateau tout nu, sans arbres, que découpent en une infinité de parcelles

(1) « Pour les morts ».

on le trouve sous la forme de deux corps oblongs situés de chaque côté de la trachée, et plongeant par leur extrémité inférieure dans la cavité thoracique ; l'aspect est granuleux et la couleur jaunâtre. On devrait essayer le thymus de veau (ris de veau).

Ballet et Enriquez, rattachant le goitre exophtalmique à une hyperthyroïdisation entraînant la présence dans l'organisme d'un excès de la substance anti-toxique qui, normalement, neutralise une substance toxique dont l'accumulation produit le myxœdème, ont injecté à des basedowiens le sérum de chiens, auxquels ils avaient enlevé le corps thyroïde. Leurs premiers résultats étaient encourageants (1). A leur exemple, Gioffredi a traité par les injections hypodermiques de sérum de chien éthyroïdé, une femme de trente-deux ans, atteinte de goitre exophtalmique. Le sérum provenait d'un chien récemment thyroïdectomisé, et qui présentait le tableau complet de la cachexie strumisprive, non encore à sa période ultime. Le sérum recueilli avec la plus grande précaution, était additionné de 0,1 % de crésol. Gioffredi a fait en quarante-sept jours, 37 injections de 0,5 à 1 cq., puis, après un intervalle de deux semaines, 17 autres injections de 2 cq., en l'espace de vingt jours. La céphalée, l'anorexie, l'agitation, le tremblement, la tachycardie ont cessé presque complètement, l'exophtalmie s'est amendée considérablement, et les règles sont revenues. Les résultats n'étaient que temporaires, tous les troubles morbides réapparaissant dès qu'on suspendait le traitement hydrothérapique.

Dès que la dose injectée dépassait 1 cq., il se produisait une légère réaction fébrile ne dépassant pas 38 degrés (2). *(La fin au prochain numéro.)*

(1) Congrès des Aliénistes, 1895.
(2) *Sem. méd.*, 1896, n° 26, p. 102.

Quelques faits d'intérêts professionnels

Nous devons donner, à nos lecteurs, connaissance de deux faits ayant trait aux *intérêts professionnels* en en laissant l'appréciation à leur jugement personnel.

Tout d'abord il s'agit d'un confrère faisant une plainte contre un étudiant en médecine, exerçant illégalement la médecine, appuyé par des influences politiques, paraît-il.

Le 25 avril dernier, notre confrère avait adressé au parquet de Z... une plainte contre cet étudiant. Ne recevant aucune réponse, le 26 mai, il adressa une lettre au procureur général de la région et, quelques jours plus tard, il reçut le communiqué que voici :

« Monsieur le Maire,

« Je vous prie de vouloir bien faire connaître à M. le docteur B... qu'en réponse à sa plainte du 26 mai courant, M. le procureur général près la Cour d'appel me charge de l'informer des faits suivants :

« Sur la dénonciation par lui portée, le 25 avril dernier, à mon parquet, contre le sieur X..., étudiant, pour exercice illégal de la médecine, une enquête a été ouverte, sur mon ordre, par M. le juge de paix. Ce magistrat m'en a adressé le résultat le 22 mai courant. Il est établi par cette enquête que que le sieur X..., étudiant en médecine, ayant toutes ses inscriptions et auquel il ne manque plus que la thèse à soutenir, est depuis deux mois environ à Z..., d'une manière intermittente cependant, et qu'il se propose de s'y fixer après avoir obtenu son diplôme de docteur.

« Il n'a pas exercé, à proprement parler, la méde-

de petits murs très bas, construits pour la plupart avec les galets des plages. Dans ces champs, d'un côté la route, sur la droite, les blés, jaunissants déjà, emplissent jusqu'au bord les carrés de pierre ; de l'autre, vers la mer, à gauche, le terrain dévale en pente douce jusqu'aux falaises, couvert seulement d'une herbe rase et d'ajoncs rabougris. Du chemin, on domine la mer, et les familles des morts se détournaient quelquefois vers elle. A l'horizon, voici la longue ligne des îles et des récifs bas et noirs, que les flots, tranquilles aujourd'hui sous le ciel tout bleu, ne bordent pas de la ligne d'argent de leur écume. Vers le milieu de cette ligne, entre *Béniguet*, tout près, et *Ouessant* qui s'estompe très loin sous un léger voile de vapeurs bleuâtres, voici *Mo'ène*, dont on devine les maisons étagées sur la colline, et dominées par le clocher. C'est jus.ement là, derriere *Molène*, à quelques milliers de mètres en mer, que se cache le redoutable écueil des « Pierres-Vertes », où l'on suppose que s'est écrasé le *Drummond Castle*, et c'est là que gît en ce moment, sous quarante brasses d'eau, la lamentable ferraille disloquée qui fut un magnifique paquebot, et qui n'est plus, pour les cent cinquante cadavres qu'elle a retenus dans ses flancs, que le plus effrayant des tombeaux. Et l'on songe que là partout, sous cette eau miroitante, d'autres carcasses de navires, par dizaines, par centaines, se sont enfoncées de même, et sont encore là maintenant, ne contenant plus que des squelettes habillés d'algues et de coquilles.

Il n'est pas une des personnes marchant silencieusement derrière ces deux noyés, — les chapelets s'égrenant toujours, et toujours les levres marmottant des prières — qui n'ait, dans cet immense champ de mort, quelqu'un d.s siens, époux ou fils dont, moins heureuse que ces Anglais qui pleurent, elle n'a pas pu accompagner la dépouille jusqu'au modeste cimetière.

Quatre murs que bordent des ormes et des frênes chétifs, — les seuls arbres auxquels les vents salés de l'Ouest aient fait grâce sur tout ce plateau — entre ces murs une très vieille chapelle, presque en ruines, dont la cloche sonne encore cependant le glas des enterrements, autour de la chapelle un fouillis de tombes très simples, presque cachées sous les hautes herbes émaillées de liserons et de superbes coquelicots et d'où émergent seulement les grands

cine à Z..., où il n'est venu que pour entrer en relations avec sa future clientèle; mais il y a donné quelques consultations gratuites à des personnes qui sont venues les lui demander; et tous les soins qu'il aurait donnés aux malades, il les aurait donnés dans les termes mêmes de la loi, comme aide ou adjoint d'un docteur en médecine.

« Dans ces conditions, j'ai dû classer sans suite la plainte de M. le docteur B... Je vous prie de vouloir bien l'informer que M. le procureur général estime, comme moi, que sa demande n'est susceptible d'aucune suite en l'état.

« Je vous prie de me rendre compte de l'exécution des présentes instructions. »

Or d'enquête; répond notre confrère, il n'en a point été fait; et, pour sa part, il n'a pas été appelé ni à donner des indications ni à fournir des preuves.

« L'étudiant X..., nous écrit-il, ne se contente pas de donner des consultations soi-disant gratuites (son patron fait opérer par ses employés la rentrée des honoraires); il se transporte journellement avec la voiture et les chevaux dudit patron partout où il est appelé. Cela est vu et connu de tout le monde.

« Je dois ajouter que l'étudiant X... s'est abaissé jusqu'au point de se rendre, pendant la période électorale, dans les réunions publiques en compagnie de son patron qui le présentait comme le médecin devant soigner tout le monde gratuitement. »

***

L'autre fait est une preuve du danger qu'il peut y avoir pour un médecin à délivrer un certificat de complaisance :

M. M... avait été, en 1893, poursuivi devant le tribunal correctionnel de la Seine, à la requête d'une femme R..., pour injures publiques et pour coups et blessures volontaires.

Sur la déposition des témoins cités par la plaignante et le vu d'un certificat médical délivré par le docteur X..., M. M... fut condamné à 25 francs d'amende et 100 francs de dommages-intérêts. Cette condamnation fut confirmée par la Cour.

Cependant, sur les énergiques protestations du condamné, une instruction judiciaire fut ouverte et n'a pas tardé à démontrer que les faits allégués à sa charge n'avaient jamais existé. Ils avaient été imaginés dans une pensée de haine contre M. M..., et faussement affirmés par la plaignante, ainsi que par deux témoins que la femme R... avait subordonnés. Les auteurs et complices de ce faux témoignage ont été, à leur tour, traduits devant la juridiction correctionnelle et condamnés à trois années de prison, en février dernier.

Dans ces conditions, M. M... a demandé compte au docteur X..., devant le tribunal civil, de la faute qu'il aurait commise en délivrant imprudemment le certificat médical produit dans la première instance correctionnelle et lui a réclamé de ce chef 5,000 fr. de dommages-intérêts.

L'affaire a été plaidée devant la 5e chambre. Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu que les conclusions formulées (par le le docteur) impliquaient l'existence certaine de lésions dûment constatées par le médecin, que, de plus, elles indiquaient la cause et les conséquences de ces lésions avec une précision qui ne laissait aucune place au doute;

« Attendu cependant que l'examen auquel s'était livré le docteur X... n'était pas de nature à justifier de semblables conclusions, puisqu'il résulte non seulement des premières énonciations du certificat lui-

---

bras des croix blanches, tel est le champ du repos, presque gai, dans cette désolation, avec ses fleurs et sa verdure. Deux fosses y sont creusées dans un coin plus triste que bosselent de petits talus étroits et allongés. C'est là qu'on dépose les restes inconnus de ceux que la mer, parfois, rend après de longs mois, horribles et méconnaissables. Les rouges coquelicots et les liserons incolores fleurissent là, comme ailleurs, mais nulle croix ne les surmonte et pas un nom n'y peut se lire Cependant, pas un de ces tertres anonymes où ne soit fiché dans le sol un vase contenant des fleurs toujours fraîches et souvent renouvelées ! .

Après les derniers chants, les deux cerceuils viennent d'être descendus sous la terre. Chacun a défilé devant les trous béants, en y versant une dernière goutte d'eau sainte. Les Anglais ont pris une poignée de poussière et l'y ont lancée. Mais quand son tour est venu, la femme dont le frère est étendu là sous les minces planches de sapin, s'est écartée. Elle cueille en pleurant les rouges pétales de pavot et les calices pâles des liserons, puis, les mains pleines, elle revient sur le bord de la tombe et dans un grand cri de désespoir et d'amour elle y jette sa mois son fleurie.

Cryptographie médicale. — On sait qu'en Allemagne et en Autriche les médecins ont l'habitude de formuler en latin. Il paraît que cette langue savante est trop facilement comprise du vulgaire. Jugeant nécessaire de le maintenir dans l'ignorance complète de ce qu'on lui fait absorber, mais ne jugeant pas les connaissances linguistiques des médecins et pharmaciens suffisantes pour avoir recours à une langue plus savante encore, M. Lœffler (de Dresde) propose d'écrire dorénevant les formules des médicaments toujours en latin, mais avec des caracteres grecs. Voici comment il prescrit dix paquets d'antipyrine d'un gramme chacun :

Rp. αντιπυριν 1.0
Δ. ταλ. Δωσ. Nω X.

Les pharmaciens l'ont toujours compris. C'est déjà quelque chose. Les médecins en France écrivent si illisiblement, en général, qu'ils n'ont pas besoin de déguiser davantage l'objet de leurs prescriptions. *(Bulletin méd.)*

même, mais encore des explications fournies par le défendeur au cours de l'instruction judiciaire ultérieurement suivie, que le docteur X... n'avait constaté par lui-même aucune lésion ; qu'il n'avait découvert aucun indice matériel, aucun signe pathologique de la fracture ou contusion diagnostiquée par lui et qu'il n'avait purement et simplement fondé son diagnostic sur la douleur que la prétendue malade déclarait ressentir, c'est-à-dire, en réalité sur une simple déclaration ; que, par suite, le certificat délivré par lui n'était autre chose qu'un certificat de confiance ;

« Que, si, au point de vue du traitement à prescrire, le médecin est libre d'ajouter foi aux affirmations du client qui le consulte, il ne saurait lui être permis d'attester comme un fait acquis et résultant de sa constatation personnelle, l'existence d'une lésion qu'il n'a pu vérifier par lui-même ; qu'à plus forte raison, il agit avec la plus grande imprudence en certifiant sur la seule déclaration du client la cause de la prétendue lésion et même les circonstances dans lesquelles elle se serait produite, comme dans l'espèce, la chute sur le sol ;

« Que cette imprudence est d'autant plus condamnable que, dans les circonstances de la cause, le docteur X... ne pouvait ignorer l'usage qui serait fait du certificat délivré par lui ;

« Le jugement reconnaît la bonne foi du défendeur.

« Le tribunal condamne le docteur X... à payer à M. M... la somme de 500 francs à titre de dommages-intérêts et le condamne, en outre, aux dépens. »

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1896

M. Lagneau revient sur la communication que M. Péan a faite dans la dernière séance sur l'*épaisseur des os du crâne*. Cette épaisseur varie suivant les races. Hérodote avait remarqué, sur un ancien champ de bataille, que les crânes des Perses étaient plus fragiles que ceux des Egyptiens. Broca a fait remarquer que les crânes datant des temps préhistoriques étaient plus épais que les crânes actuels. Enfin l'épaisseur diminue dans la vieillesse ; c'est une atrophie sénile.

Quant aux exostoses et hyperostoses que l'on rencontre, intra ou extra-crâniennes, elles ne sont pas toujours dues à la syphilis.

— M. Péan présente ensuite à l'Académie des photographies obtenues par M. Mergier avec les *rayons de Röntgen* : ostéomyélite du doigt et du premier métocarpien ; doigt à ressort ; fracture avec chevauchement considérable des os de l'avant-bras, puis le col de cette fracture consolidée ; fracture comminutive du tibia.

M. Péan montre ensuite d'autres photographies permettant de reconnaître ce qui s'est passé dans des os restaurés soit avec du mastic, soit avec des fragments d'os décalcifiés, soit par la prothèse. Dans un cas d'ostéomyélite subaiguë du tibia, qui avait été traité par l'évidement et la greffe d'os décalcifiés, les rayons de Röntgen ont montré que le tibia est parfaitement reconstitué. Dans un autre cas, l'humérus avait été enlevé à sa partie supérieure (il s'agissait de tuberculose osseuse), et remplacé par un humérus artificiel en caoutchouc durci articulé avec l'omoplate ; un an et demi après, une fistule s'étant produite, on fit l'extraction totale de l'appareil prothétique. Le malade est resté en parfait état de santé et se sert de son bras, même pour porter des poids considérables, 50 kilos, par exemple, sans fatigue. Les photographies montrent que l'os nouveau se confond parfaitement avec l'os ancien et que sa partie supérieure, quoique dépourvue de tête saillante, est logée dans la cavité glénoïde et permet tous les mouvements.

— M. Henrot (de Reims) rapporte le fait d'une *épidémie de fièvre typhoïde* dans des escadrons de cavalerie qui avaient fait des manœuvres aux environs de Reims, dans des champs où on avait pratiqué l'épandage. D'ordinaire, l'épandage ne se fait que lorsque la terre a été labourée et il est suivi du hersage ; ces précautions n'avaient pas été prises. M. Henrot pense donc qu'il faut attribuer la fièvre typhoïde au dessèchement des matières par la chaleur et à la diffusion des poussières dans l'atmosphère par les pieds des chevaux. En effet, l'analyse chimique et bactériologique des eaux qui ont été consommées par les troupes a démontré leur innocuité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la cholédochotomie reprend.

M. Quénu commence par rappeler les avis émis par ses collègues. Il examine d'abord l'opinion de MM. Michaux et Ricard, qui disent qu'il ne faut intervenir dans les calculs du cholédoque que lorsque le diagnostic est ferme. M. Quénu ne pense pas ainsi, et il n'en veut pour preuves que des observations qu'il a déjà citées à la Société, lors d'une communication sur la laparotomie exploratrice.

De ces observations, l'une était de M. Chauffard, avec le diagnostic de calcul du cholédoque, et il n'y avait que de la cirrhose ; dans un autre cas, un carcinome avait été pris pour un calcul ; enfin, dans un troisième fait, il y avait un calcul et il n'avait pas été diagnostiqué. M. Quénu cite encore deux observations où l'erreur a été commise.

Dans la communication de M. Marchant, la laparotomie a montré que plusieurs fois il n'y avait pas de calculs. Enfin, il est intervenu depuis cinq fois pour des crises d'ictère chronique. Une fois, pour un carcinome hépatique, la laparotomie le démontra sans faire, après tout, du tort au malade. Un deuxième cas montra des nodules carcinomateux dans le parenchyme hépatique. Une troisième observation fit voir une angiocholite suppurée. La vésicule fut ouverte, mais il n'y avait pas trace de calculs. C'est encore à une angiocholite suppurée que M. Quénu a eu affaire chez un quatrième malade. Chez un cinquième malade, comme chez les quatre autres, le diagnostic ferme n'avait pu être porté avant la laparotomie exploratrice.

Quant à poser le diagnostic anatomique, c'est presque impossible. L'analyse des urines, la glycosurie expérimentale sont des moyens insuffisants.

Le choix de l'incision a son importance, et M. Quénu adopte l'avis de M. Ricard ; il trouve l'incision médiane

préférable, car elle permet d'arriver facilement sur l'hiatus de Winslow. Pour la vésicule biliaire, l'incision latérale est préférable.

Quant à la suture du canal cholédoque, M. Quénu l'étudie en terminant, et commence par résumer une observation dans laquelle il a eu à la pratiquer. Il commença par enlever deux calculs gros comme une noisette, mais, dans le bout supérieur du cholédoque, il trouva trente-trois petits calculs qu'il enleva. La suture fut faite au fil de soie, mais avec la précaution du drainage.

Tout alla bien le premier jour; mais, au deuxième jour, il se fit de la rétention biliaire complète. M. Quénu pensa que de nouveaux calculs étaient venus obstruer l'ampoule de Vater. Il retourna au cholédoque et eut de la peine à inciser les sutures, car toutes les parties étaient colorées par de la bile qui avait passé. Les sutures enlevées, la bile s'écoula et la malade alla mieux, mais elle finit cependant par mourir. L'autopsie démontra deux petits calculs descendus dans l'ampoule de Vater, et, de plus, il existait de petits calculs dans les canaux hépatiques.

Dans des cas similaires, M. Quénu ne fera plus de suture, afin de permettre aux calculs de s'éliminer par la partie drainée.

— La discussion sur *le traitement des fractures obliques de la jambe*, continue par l'intervention de M. Hennequin, qui commence par rappeler les tentatives faites déjà pour éviter le chevauchement dans ces fractures si difficiles à contenir.

Après avoir fait la physiologie pathologique de ces bris osseux, M. Hennequin étudie la façon de vaincre les résistances qui s'opposent à la réduction, et fait l'exposé du mécanisme de son appareil qui repose sur l'extension continue.

M. Nélaton prend ensuite la parole pour répondre à M. Kirmisson qui l'a dit partisan de la suture osseuse dans les fractures obliques. Ce n'est pas tout à fait exact, car il n'admet la possibilité de l'intervention chirurgicale que pour la fracture de la clavicule, et encore chez les jeunes filles. Dans les fractures obliques irréductibles de la jambe, M. Nélaton disait, il y a deux ans : « qu'il était tout prêt à faire la suture osseuse »; mais, depuis lors, grâce à l'appareil de M. Hennequin, il n'a pas eu à faire d'opération sanglante et, à l'heure actuelle, il pense que la suture ne sera que tout à fait exceptionnelle.

M. Berger se demande si on peut compter sur les appareils pour obtenir une bonne réduction d'une fracture oblique ou d'une fracture en V; eh bien, même avec les meilleurs appareils, il y a des déboires si ces appareils ne sont pas bien surveillés.

Au Congrès de chirurgie, M. Berger s'est élevé contre l'opinion de M. Reynier et de M. Tillaux, qui émettaient l'avis qu'on pouvait guérir ces fractures avec l'appareil plâtré. Il pense que cet appareil plâtré, appliqué immédiatement, donne toujours de mauvais résultats et, pour sa part, il préfère appliquer les premiers jours un appareil de Scultet, qu'il surveille de très près, et il ne se sert de l'appareil plâtré que lorsque le dégonflement est complet.

M. Berger est tout disposé, cependant, à appliquer l'appareil de M. Hennequin.

Quel est maintenant le rôle de l'intervention chirurgicale dans les fractures obliques de la jambe? Eh bien, M. Berger ne croit pas qu'en dehors des cas d'interposition musculaire, l'opération donne de meilleurs résultats que les appareils, car on est toujours amené à faire une résection plus ou moins étendue, ce qui amène un raccourcissement.

M. Delorme pense que les appareils inamovibles, comme l'appareil plâtré, sont, en principe, mauvais, tandis que les appareils amovo-inamovibles sont meilleurs, parce qu'ils suivent le retrait du membre.

Quant aux tractions, on peut en faire sans offenser le pied, pourvu qu'on mette suffisamment de l'ouate. Il fait ainsi de l'extenaion sans faire souffrir le malade.

M. Kirmisson termine la discussion en se disant partisan de l'extension continue dans le traitement des fractures obliques du tibia.

* * *

Ordre du jour de la séance du 1er juillet 1896

1° Suite de la discussion sur la cholédochotomie (M. Monod, M. Michaux);

2° *Rapport* sur le bouton anastomotique de M. Hagopoff. par M. Chaput;

3° *Communications*. — Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué; pied bot valgus, allongement des péroniers, par M. Faure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1896

M. Sevestre présente la *statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1895*.

Tous les malades, sauf de très rares exceptions, ont subi, dès le moment de leur entrée à l'hôpital, une injection de sérum de Roux.

M. Sevestre reconnaît que cette manière de faire serait trop absolue pour la pratique de la ville, où, d'une façon générale, on voit les enfants à une époque plus rapprochée du début de leur maladie.

La première injection était généralement de 20 centimètres cubes, quelquefois seulement de 10 centimètres cubes chez de très jeunes enfants ou dans des cas très légers; parfois, enfin, de 30 centimètres cubes dans les cas graves.

Le plus souvent, cette injection était la seule, et M. Sevestre a constaté qu'il était en général inutile de la répéter; cependant, dans les cas de croup et dans les angines graves, il est souvent nécessaire de faire une seconde et une troisième injection de 10 centimètres cubes, à douze ou vingt-quatre heures de distance.

Les doses de 40 à 50 centimètres cubes ont été rarement atteintes et plus rarement encore dépassées.

En dehors des injections de sérum, les petits malades étaient soumis aux lavages de la gorge avec la liqueur de Labarraque au 1/20e et recevaient une alimentation convenable et des toniques.

Enfin, M. Sevestre n'a pas cru devoir se priver des autres ressources de la thérapeutique; lorsqu'il existait des phénomènes d'embarras gastrique ou d'infection intestinale, il prescrivait des purgatifs, et, en particulier, le calomel, qu'il a toujours vu très bien supporté; ailleurs, et surtout dans les cas de croup ou de bronchite, il donnait le benzoate de soude; dans les cas de broncho-pneumonie, il a eu recours aux bains froids, et souvent avec avantage; enfin, chez les enfants déprimés, profondément infectés, il a employé les injections de caféine, ou encore les injections de sérum artificiel (chlorure de sodium à 7 ‰).

Plusieurs des petits malades ont certainement dû la vie à l'emploi de ces moyens.

M. Sevestre donne ensuite les résultats qu'il a obtenus.

Sur 1,140 entrées au Pavillon en 1896, il y a eu 158 décès (13,85 °/₀) ; décès après vingt-quatre heures, 87 (8,13 °/₀).

1° Non diphtériques : 262 ; décès, 25 (9,54 °/₀) ;

2° Diphtéries : 878 ; décès, 133 (15,14 °/₀) ; décès après vingt-quatre heures, 77 (9,35 °/₀).

a). Diphtéries pures : 392 ; décès, 49 (9,94 °/₀) ; décès après vingt-quatre heures, 23 (6,11 °/₀).

b). Diphtéries associées : 486 ; décès, 94 (19,34 °/₀) ; décès après vingt-quatre heures, 54 (12,11 °/₀).

Si, dans cette statistique, on ne tenait pas compte de 71 malades morts dans les vingt-quatre heures qui ont suivi leur admission, on arrive au chiffre de 1,069 entrées avec 87 décès, ce qui donne, pour la mortalité générale, une porportion de 8,13 °/₀.

L'examen bactériologique a permis d'établir une classification très importante, en séparant la diphtérie pure des diphtéries associées.

Pour la diphtérie pure, on trouve une mortalité globale de 9,94 °/₀ et une mortalité réduite de 6,11 °/₀. Pour les diphtéries associées, les chiffres correspondants sont de 19,34 et de 12,11. En d'autres termes, la diphtérie associée a donné une mortalité double de la diphtérie pure.

M. Sevestre a employé, à différentes reprises, le sérum de Marmorek, sans en obtenir grand bénéfice. Ce sérum peut être employé dans les diphtéries compliquées de streptocoque, mais il ne faut pas s'attendre à une action bien positive ; tout au plus, peut-on espérer une modification dans l'état de la gorge et des ganglions, sans pouvoir compter sur une action anti-toxique générale.

Pour ce qui est des accidents imputables au sérum, M. Sevestre s'en tient à ce qu'il a déjà dit dans de précédentes communications.

M. Sevestre examine ensuite à part les cas de croup de sa statistique :

Total des caa de croup : 408.

Pas d'intervention : 163 fois ; décès, 23 (14,11 °/₀) ; décès après vingt-quatre heures, 9 (6,04 °/₀).

Tubages : 129 ; décès, 62 (27,07 °/₀) ; décès après vingt-quatre heures, 36 (17,73 °/₀).

Trachéotomie après tubage : 16 ; décès, 14 ; décès après vingt-quatre heures, 6.

M. Sevestre insiste sur la rapidité des accidents qui résultent, dans le tubage, d'une obstruction ou d'un rejet du tube ; les enfants doivent donc être surveillés de très près ; aussi, tout en disant que le tubage est, *à l'hôpital*, l'intervention de choix dans le croup, M. Sevestre n'hésite-t-il pas à ajouter que l'on doit y renoncer en ville, toutes les fois que le malade ne peut être surveillé de près par un médecin capable d'enlever ou de replacer le tube.

— M. Comby communique un cas *d'hémophilie précoce* chez une fillette de onze mois.

Cette maladie est beaucoup plus commune en Allemagne et dans les pays septentrionaux. L'enfant que M. Comby a observée a présenté les premières hémorragies à l'âge de trois semaines. A ce moment, elle a saigné du nez, et son corps a été couvert d'ecchymoses, sans aucune provocation, sans chute, sans coup. Depuis cette époque, les hémorragies sont incessantes ; elles se font par les deux narines, par la bouche, par la langue, par l'oreille, par l'intestin. La moindre écorchure, le moindre grattage, sont suivis d'hémorragie. Cependant, l'enfant est vivace, elle n'est pas en retard, elle commence à marcher.

Dans ses antécédents, on trouve du côté paternel des exemples d'hémophilie. La mere est bien portante.

L'enfant a avalé, en jouant, il y a deux mois, une épingle anglaise de 3 centimètres de long, qui a pu parvenir à passer, après quatre-vingt-huit heures. Elle a été extraite par le médecin sans hémorragie.

Actuellement, l'enfant saigne par le nez, par l'oreille droite, et offre, sur ses membres, diverses macules ecchymotiques analogues à celles de l'érythème noueux.

Elle est gaie, n'a pas de fièvre et continue à prendre le sein.

Au point de vue du pronostic, voici ce qu'on peut dire : cette enfant peut mourir d'hémorragie ; si elle vit, et si plus tard elle se marie, elle fera souche d'hémophiles.

Car, si les filles sont moins souvent hémophiles que les garçons (1 fille pour 11 garçons environ), elles transmettent à leur descendance la tare hémophilique dont elles ont hérité.

Le traitement est purement palliatif ; il n'atteint pas la diathèse, ni la lésion vasculaire qui est sans doute la cause des hémorragies.

— M. Catrin rapporte ensuite un cas de *contagion de la syphilis par un rasoir*, et M. Mathieu présente, au nom de M. Oddo, une observation de *sable intestinal* ; dans ce cas également on trouve l'ensemble clinique complet, que M. Mathieu a bien mis en relief dans sa précédente communication, c'est-à-dire les crises douloureuses, l'entérite muco-membraneuse, le sable intestinal.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

Suite et fin (1).

MM. Hallopeau et Bureau ont présenté une malade atteinte de plusieurs plaques d'alopécie avec canitie : des cheveux qui repoussent sur plusieurs d'entre elles, la symétrie parfaite des lésions, l'achromatose au niveau des plaques, avec zone périphérique hyperpigmentée, la repousse de cheveux vigoureux bien que privés de pigments, et de légers troubles de la sensibilité au niveau des parties malades, sont en faveur d'une tropho-névrone et permettent d'éliminer la pelade vraie.

— M. Sabouraud a entretenu la Société, qui l'a écouté avec le plus vif intérêt, de ses recherches sur la *pelade*.

Elles ont porté sur 38 pièces anatomiques et sur 300 malades.

Les résultats qu'elles ont fournis ont trait à l'histologie et à la bactériologie de la pelade vulgaire, bénigne, à l'histologie et à la bactériologie de la pelade décalvante chronique.

Incidemment, ces recherches ont amené M. Sabouraud à étudier la bactériologie de la *séborrhée grasse* et de *l'acné*, qui ont avec la bactériologie de la pelade des points de contact difficiles à préciser, dès à présent, d'une façon claire et définitive.

1. *Pelade vulgaire, bénigne*. — Dans l'étude histologique de la pelade vulgaire, bénigne, à toutes ses périodes d'évolution, la seule phase initiale se montre microbienne.

Dès l'instant que la plaque peladique est constituée à l'état de surface glabre, aucun microbe ne peut plus être retrouvé ni dans la peau, ni dans le follicule, ni même à la surface de la peau, pas plus, du moins, que sur la peau normale.

Au contraire, au début de la maladie, au moment où se produit la déglabration peladique, presque tous les follicules se montrent infectés ensemble de colonies microbiennes innombrables, appartenant a une seule espece bacillaire, toujours la même, et dont les colonies se montrent

(1) Voir le numéro précédent.

invariablement pures. Ces colonies sont enclavées dans une sorte de cocon de matière cornée occupant le tiers supérieur du follicule pilaire (Utricule peladique).

Non seulement cette infection microbienne préexiste à toute lésion histologique, mais elle suffit à expliquer toutes les lésions histologiques ultérieures de la maladie, car celles-ci débutent autour de l'utricule (atrophie papillaire des follicules voisins, donnant lieu au cheveu peladique massué); aucune de ces lésions ne semble relever d'une action microbienne directe, et toutes au contraire semblent de simples lésions d'intoxication à distance. Ce sont :

1° L'achromie de la couche cellulaire profonde du corps muqueux de l'épiderme ;

2° Une diapédèse intense de lymphocytes et de mastzellen ;

3° L'atrophie progressive des follicules pilaires.

II. *Pelade décalvante chronique.* — Dans les pelades bénignes, l'infection folliculaire est transitoire ; dans les pelades chroniques, au contraire (formes dans lesquelles la permanence indéfinie du symptôme accuse la permanence de la cause morbide), le même microbe se retrouve constamment avec les mêmes localisations et en abondance le plus souvent infinie.

Au point de vue histologique, du reste, la pelade généralisée et totale ne diffère des pelades aiguës que par l'état demi scléreux du tégument que l'infection chronique a constitué.

III. — *Le microbe de l'utricule peladique* est un fin bacille, de 1/2 μ de large et de 1/2 à 1 μ de longueur, colorable par presque toutes les méthodes de colorations connues et la méthode de Gram en particulier. Ses amas dans l'utricule sont tellement épais et denses, que sur des coupes de 1/50e de millimètre, la lumière les traverse à peine. Chacun de ces amas est constitué par des milliers d'individus. Dans les pelades aiguës malignes, l'utricule peladique prend une dimension inaccoutumée — en longueur — et au fond de l'utricule, le micro-bacille s'agmine en chaînes mycéliennes, flexueuses et rubannées formant des pelotons compacts.

Cette infection colossale qui signale constamment les débuts de la pelade aiguë, infection par une espèce microbienne unique, semble devoir faire attribuer à cette espèce une valeur autre que celle d'une infection secondaire banale.

Toutefois, il n'est aucunement possible, pour le moment du moins, d'affirmer que ce microbe est bien le microbe de la pelade, jusqu'à ce qu'on ait trouvé une méthode de culture qui rende ses inoculations faciles, et ses cultures, quoique possibles, sont d'une extrême difficulté d'obtention.

Toute conclusion sur ce point doit donc être réservée, d'autant plus que *le micro-bacille de l'utricule peladique* ne peut être différencié que pour sa forme mycélienne (dans les pelades aiguës) du microbe que Unna-Hodara ont décrit sous le nom de *Bacille de l'Acné.*

Ce bacille de Unna Hodara n'est pas le bacille de l'acné. C'est *le bacille de la Séborrhée huileuse* du visage et du cuir chevelu, séborrhée au cours de laquelle l'acné du visage n'est qu'un épiphénomène résultant de symbioses locales.

Les séborrhées sébacées huileuses du cuir chevelu, sans être communes, ne sont pas très rares. Et, bien que le micro-bacille de l'utricule peladique se retrouve en abondance sur les plaques de pelade extensive, même en l'absence de toute séborrhée grasse concomittante, aucune conclusion ferme sur la valeur pathogène du micro-bacille dans la pelade, ne peut être affirmée jusqu'à preuves expérimentales décisives.

1° Ou bien le microbe de la séborrhée huileuse *(bacille de l'acné de Hodara)* et le *micro-bacille de l'utricule peladique* ne sont qu'un seul et même être. Et il reste à savoir pourquoi, au début de toute pelade, cette infection secondaire est constante et quel est son rôle ;

2° Ou bien ce sont deux êtres différents : il faut les différencier expérimentalement; et l'utricule peladique étant la lésion initiale de toute pelade, le rôle peladogène du bacille de l'utricule reste à prouver ;

3° Ou bien enfin le même bacille, suivant des conditions de vie différente, sécréte ou non une toxine peladogène et cette toxine il faut l'isoler.

Dans toute hypothèse, l'étude de cette espèce microbienne s'impose comme nécessaire, parce que, spécifique ou non, elle se montre constante et unique dans la pelade, aux points précis et aux moments mêmes où la clinique et l'histologie démontrent que la maladie est active.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. CHARCOT a communiqué l'observation d'un ataxique intéressant :

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, exerçant autrefois la profession de dessinateur. Du côté des antécédents paternels il n'y a eu rien à relever ; du côté des antécédents maternels, un oncle et un cousin germain restèrent pendant de longues années paralysés ; il a été impossible d'obtenir sur cette paralysie des renseignements précis.

Le malade, personnellement, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trente et un ans ; il n'avoue pas la syphilis, dont il ne porte d'ailleurs aucune trace.

Il y a douze ans, sa vue s'est progressivement affaiblie, et, au bout de trois années, il a été frappé de cécité complète. Vers la même époque, apparurent des douleurs fulgurantes typiques, siégeant dans les membres inférieurs et les membres supérieurs, survenant par accès durant environ vingt-quatre heures. Le malade ayant été vu à cette époque par le professeur Charcot, le diagnostic de tabes fut porté ; déjà, à ce moment, l'absence des réflexes avait été relevée. Les crises de douleurs fulgurantes survenant en somme très rarement, le malade, qui ne se plaignait d'aucun autre symptôme (pas de dérobement des jambes, pas de sensation de tapis, pas d'incoordination), faisait, accompagné de son père, de longues courses journalières durant quelquefois plusieurs heures.

Il y a deux mois, survint un peu d'incontinence d'urine, et quinze jours après, sans aucune raison apparente, en voulant se lever, un matin, le malade s'aperçut qu'il ne pouvait plus se tenir debout, qu'il titubait comme un homme ivre ; c'est pour ce fait qu'il vint à la clinique de la Salpêtrière.

M. Charcot a constaté que cet homme, atteint d'amaurose tabétique, présentait à l'ophtalmoscope la lésion typique. Les réflexes rotuliens étaient absents ; du côté des membres supérieurs, il n'existait pas d'incoordination motrice ni de perte du sens musculaire, et du côté des membres inférieurs, c'est à peine si le malade talonnait légèrement. Il ne présentait, en aucun point, des troubles de la sensibilité. Mais, dès qu'il se mettait sur ses jambes, il était en proie à une titubation excessive, et serait infailliblement tombé si on n'était venu à son secours. S'il voulait faire quelques pas, il marchait comme un homme

ivre, avec la crainte perpétuelle de tomber, mais toujours sans la moindre incoordination.

En écartant fortement les jambes, il parvenait à se maintenir à peu près immobile; mais, dès qu'on lui ordonnait de réunir les pieds, l'équilibre était de nouveau impossible à garder. La station sur un pied était complètement impossible.

Ce phénomène, en somme, présentait tous les caractères du signe de Romberg; il était même accompagné de cette angoisse dont se plaignent presque tous les malades qui en sont atteints, mais sans aucun bourdonnement d'oreilles, sans aucun vertige.

L'occlusion des yeux, même pratiquée avec force, n'amenait aucune modification.

Le malade ne présentait aucun signe pouvant faire craindre une paralysie générale.

Force fut donc de reconnaître qu'il était atteint de signe de Romberg, survenu brusquement et rendu permanent par la cécité absolue.

On a soumis ce malade qui, pendant de longues années avait cessé tout traitement, à la suspension trois fois par semaine. Au bout d'une quinzaine de jours, une amélioration, qui n'a fait que s'accentuer progressivement, a été constatée, et, actuellement, c'est-à-dire au bout de deux mois, le malade ne présente presque plus le signe de Romberg; il a pu reprendre ses longues promenades journalières.

Ce cas est particulièrement intéressant, le signe de Romberg n'ayant jamais été signalé chez les tabétiques frappés comme premier symptôme par l'amaurose, même chez ceux qui, dans la suite, sont atteints de cet accident, ce signe fait presque toujours défaut. De plus, le malade est resté pendant neuf ans sans présenter la moindre trace du phénomène de Romberg, qui est survenu subitement pour disparaitre ensuite progressivement par un traitement approprié. Enfin, cela n'est pas le moins important à noter, le malade n'a eu aucun moment d'incoordination motrice ni d'insensibilité plantaire.

(La fin au prochain numéro.)

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — MM. les Drs Ledé et Philbert (de Paris) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officier de l'instruction publique*, M. Thomas, professeur à l'École de médecine de Tours; *Officier d'académie*, M. Valen, à Orgères (Eure-et-Loir).

Création d'un cours de clinique des maladies du larynx et du nez à la Faculté de médecine de Paris. — Un crédit supplémentaire vient d'être demandé par le ministre de l'Instruction publique en vue de la création, à partir du 1er novembre prochain, d'un cours annexe de clinique des maladies du larynx et du nez à la Faculté de médecine.

Services de diphtérie. — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient de créer à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades, un poste de chef de laboratoire pour le service spécial de la diphtérie.

M. Zuber a été nommé à Trousseau et M. Méry aux Enfants-Malades.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants, ouvert le 15 juin 1896, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. Venot.

Hôpitaux de Versailles. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Versailles s'est terminé par la nomination de MM. O'Followel, Guillot, Blivet, Lautarey et Fouque.

Médecin sénateur. — M. le docteur Parisot, conseiller général du Thillot, est élu sénateur des Vosges.

Prix Larrey. — L'Académie a désigné comme membres de la Commission du *Prix Larrey*, qui sera attribué pour la première fois cette année : MM. Guyon, Lannelongue, Marey, Bouchard et Potain.

Institut Pasteur. — *Legs.* — Par décret, le trésorier de l'Institut Pasteur est autorisé à accepter au nom de cet établissement, le legs de la somme de 5,000 francs, fait audit institut par M. Laurent-Marie Chabry.

L'examen d'admission à l'École de Santé de la marine de Bordeaux, en 1896. — Le ministre a fixé au lundi 3 août prochain la date d'ouverture des épreuves écrites pour le concours d'admission à l'École de Bordeaux, dans chacun des ports de Brest, Rochefort et Toulon.

Les examens écrits des médecins auxiliaires de 2e classe, actuellement en cours de stage à l'École d'Application de Toulon, commenceront également le lundi 3 août, à 8 heures du matin.

Les jurys du concours, pour l'admission à l'École de Bordeaux, seront ainsi composés :

Président, M. le directeur Gues, du port de Rochefort; membres, 2 médecins en chef ou principaux, l'un de Brest, l'autre de Toulon. Des membres suppléants seront désignés dans chaque port pour siéger, le cas échéant, dans leurs ports respectifs.

Seront seuls admis à prendre part au concours de l'École de Bordeaux, les élèves ayant accompli au moins une année d'études médicales dans les écoles annexes et les anciens élèves actuellement sous les drapeaux, qui sont autorisés par le ministre.

Le programme du concours de 1896 pour l'École de Bordeaux sera celui fixé par l'arrêté du 1er février 1896.

Après la correction, à Paris, des épreuves écrites, le jury se transportera successivement à Brest, Rochefort et Toulon. Les opérations devront être terminées le 15 septembre au plus tard.

Le nombre des élèves à admettre, après le concours à l'École de Bordeaux, est fixé à 45 pour la médecine.

Nécrologie. — MM. les Drs Girode, médecin des hôpitaux de Paris; Laurent-Préfontaine, décédé à Mortagne, dans sa soixante huitième année; et M. le professeur Leloir (de Lille).

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Traitement du goitre exophtalmique

SUITE ET FIN (1)

III

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique a été tenté par des opérations très différentes. On a fait la thyroïdectomie totale et partielle, l'exothyropexie, la ligature des artères thyroïdiennes.

Dès 1873, Watson pratiquait l'ablation partielle du goitre. En 1877, Mac Naughton Jones (cité par Joffroy et Achard), passait un séton au travers du goitre et cautérisait le trajet avec du chlorure de zinc en flèches. Lister, en 1877, fit la thyroïdectomie; le pouls tomba, en cinq jours, de 130 à 72 pulsations, l'exophtalmie et les autres symptômes s'amendèrent. Dans le cas d'Ollier, qui est de la même année, le chirurgien ouvrit un goitre kystique avec des caustiques, et y injecta de la teinture d'iode; le pouls tomba de 160 à 70, et deux ans plus tard, il ne persistait qu'un peu d'exophtalmie. En 1880, Tillaux pratiquait sa première opération, qui améliora beaucoup la malade, et obtenait peu à peu un deuxième bon résultat.

Putnam a dressé une statistique comprenant 41 cas de thyroïdectomie avec 34 guérisons ou améliorations considérables; une fois, l'état du malade ne s'est pas modifié; deux fois, il s'est produit de la tétanie; enfin, il y a eu 4 cas de mort. Pour Putnam, les accidents qui suivent quelquefois la thyroïdectomie, tiennent à ce qu'une certaine quantité de suc thyroïdien est lancé dans la circulation pendant les manœuvres opératoires (2).

O. Briner a publié 8 observations d'extirpation du goitre. Tous les opérés ont guéri, ou du moins, l'amélioration a été telle, que les malades se considéraient comme guéris. L'auteur préfère la stumectomie à la ligature des artères thyroïdiennes; cette dernière est aussi difficile et n'est pas moins dangereuse. De plus, la ligature ne peut amener l'atrophie de goitres colloïdes ou kystiques; ces dernières formes existant souvent, quoi qu'on en ait dit, dans la maladie de Basedow.

Kronlein a pratiqué huit fois la thyroïdectomie partielle. L'amélioration a été remarquable et permanente (7 femmes, 1 homme). C'est surtout contre la tachycardie que l'opération a agi, puis contre l'émotivité et l'insomnie.

Pour Kronlein, la thyroïdectomie est préférable à la ligature des artères thyroïdiennes, car elle est plus efficace et fait cesser la compression de la trachée.

J. A. Booth a de même obtenu deux améliorations considérables par la thyroïdectomie partielle.

Cette opération pourra donner de bons résultats même dans les cas où le corps thyroïde n'est pas hypertrophié, la maladie étant due à une augmentation de la fonction sécrétoire (1).

Briner a réuni un grand nombre de cas, sa statistique a été revue et augmentée par Heidenreich (2) qui est arrivé à un total de 61 cas avec 50 guérisons et 4 morts, 2 tétanies (déjà citées) et 2 insuccès, soit 82 % de succès. Notre confrère de Nancy regarde du reste cette statistique comme trop favorable. Une malade de Gauthier a succombé à une bronchite peu de temps après la ponction d'un goitre kystique suivie d'une injection iodée. Dans un cas de Lemke, la mort survint deux mois après la thyroïdectomie par œdème du poumon [cet auteur, en 1894, avait fait huit fois l'ablation du goitre dans la maladie de Basedow] (3).

Mikulicz a employé le traitement chirurgical dans 11 cas de goitre exophtalmique de diagnostic non douteux. Trois fois, il a fait la ligature des artères, trois fois l'énucléation, cinq fois la résection du corps thyroïde; toutes les opérations ont réussi. Six malades ont guéri complètement, la guérison persistait au bout de un à neuf ans, suivant les cas; dans 4 cas, il y a eu une grande amélioration. Une résection unilatérale fut suivie d'une notable diminution de la fréquence du pouls, mais il fallut ensuite enlever la moitié restante par suite des phénomènes de compression causés par le goitre.

On peut dire, d'après Mikulicz, que toutes les opé-

(1) Voir le précédent numéro.
(2) *Journal of nervous and mental diseases*, juin 1894, page 159.

(1) *Corresp. Blatt. f. Schweiz Aerzte*, 1er août 1894; *Journal of nervous diseases*, août 1894, page 486.
(2) *Sem. med.*, 1895, p. 269.
(3) *Deut. Med. Woch.*, 1894, n° 42, p. 309.

rations susceptibles de faire diminuer le volume du corps thyroïde ont une heureuse influence sur le goitre exophtalmique. Les plus simples de ces opérations sont, pour lui, la ligature des artères thyroïdiennes, l'énucléation des kystes. La résection est beaucoup plus grave; les opérés peuvent alors présenter, pendant quelque temps, de la petitesse du pouls, de l'agitation, de la perte de connaissance, de l'œdème du larynx.

A la suite de l'intervention chirurgicale, on voit d'abord disparaître les troubles nerveux; les troubles cardiaques et vasculaires mettent en général deux ou trois ans à céder; l'exophtalmie est le phénomène le plus lent à rétrocéder, elle peut même persister pendant toute la vie, la guérison étant d'ailleurs complète. Le pouls commence à s'accroître au bout de six à huit semaines.

Kocher, dans la maladie de Basedow, préfère la ligature des artères thyroïdiennes à l'extirpation de la glande, et conseille de n'en lier que trois sur quatre afin d'éviter la cachexie.

Kronlein a obtenu huit guérisons par la résection; cependant il n'a pas vu les symptômes disparaître complètement.

Trendelenburg a fait souvent la ligature des quatre artères en deux séances sans observer de cachexie à la suite; de même Rydygier, qui les a liées vingt-deux fois (1). Massopurt lie deux artères seulement.

Lavisé a lié les quatre autres en une séance. Il y a eu amélioration passagère, puis rechute et mort. Van der Velde et Lebœuf ont vu augmenter le goitre à la suite de la ligature (2).

Dans sa thèse (Paris, 1895), Durand a beaucoup vanté la thyroïdectomie partielle, qui n'expose pas au myxœdème, se pratique facilement et est suivie d'une amélioration rapide et durable; il recommande de la pratiquer de bonne heure.

Dans un cas (3), Tuffier a pratiqué la thyroïdectomie partielle. Il fit l'ablation du lobe droit (où il y avait eu un kyste) et de l'isthme. Les tremblements et les palpitations disparurent, l'exophtalmie diminua beaucoup.

Jaboulay et Poncet (4) ont proposé de remplacer la thyroïdectomie par l'exothyropexie, qui consiste à dénuder le corps thyroïde, à l'élever au dehors et à le recouvrir d'un pansement antiseptique. L'organe s'atrophie en cinq semaines à peu près. C'est là une opération déjà dangereuse dans le goitre simple, et, à plus forte raison, dans le goitre exophtalmique. De plus, des précautions minutieuses sont indispensables pour maintenir l'asepsie de la plaie pendant un si long temps.

Chez une de ses malades, Jaboulay a plusieurs fois tenté des interventions sur le corps thyroïde; il le luxa en dehors, le mit à l'air à deux reprises consécutives après la disparition de l'amélioration temporaire qui suivait chaque opération. Puis il fit une thyroïdectomie du lobe droit et, enfin, une du lobe gauche. Le lobe médian s'hypertrophia alors et forma un goitre de la grosseur d'une petite orange. A la suite de chaque intervention il y avait amélioration; le tremblement, surtout, disparaissait très vite. Mais bientôt la récidive survenait.

Jaboulay pratiqua alors la section du sympathique cervical; le résultat immédiat fut très bon; il y eut diminution de l'exophtalmie, du tremblement, des palpitations. L'exophtalmie ne reparut pas, mais il n'en fut pas de même des deux autres symptômes, et bientôt le goitre augmentait de volume.

Jaboulay a fait la section du sympathique entre le ganglion cervical supérieur et le moyen. Or on ne supprime pas ainsi tous les filets accélérateurs du cœur. Il faudrait sectionner les branches du ganglion cervical inférieur (afférentes et efférentes) pour supprimer la presque totalité des fibres accélératrices de l'organe et être sûr de faire cesser les palpitations. Peut-être, d'après Jaboulay, faudrait-il tenter cette opération. En tout cas, on se préoccupera toujours de respecter ce ganglion, qui doit jouer le rôle de centre et servir à la nutrition et au développement des organes auxquels il envoie des rameaux.

Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique ne devra être tenté qu'en cas d'échec du traitement médical et d'aggravation progressive. Il est nettement indiqué si le goitre entraîne de la dyspnée par compression. En cas de cachexie avancée l'intervention sanglante est la seule chance de salut. La ligature n'est pas plus facile que la thyroïdectomie et la friabilité des artères la rend très pénible; de plus, comme nous l'avons dit, elle ne peut amener une atrophie notable des goitres colloïdes et kystiques que l'on rencontre parfois, enfin elle n'agit pas assez rapidement dans le goitre suffocant. On choisira de préférence la thyroïdectomie partielle, qui n'expose pas à la cachexie strumiprive. L'injection iodée (1/2 à 2 centigrammes de teinture d'iode ou de solution iodo-iodurée) pratiquée aseptiquement dans la glande en ayant soin de se tenir en dehors d'un vaisseau est peu employée étant habituellement contre-indiquée par la grande vascularité du goitre (Heidenreich).

On a vu des maladies de Basedow guérir à la suite de la cautérisation de la muqueuse des cornets, de l'extirpation de polypes nasaux; du traitement d'une

(1) Vingt-quatrième Congrès allemand de Chirurgie.
(2) *Journ. de Méd. et de Chir. de Brux.*, mars 1894.
(3) *Gazette Méd. de Paris*, 1895, n° 12, p. 135.
(4) Acad. de Méd., 6 février 1894; *Méd. Mod.*, 1894, n° 18.

atonie intestinale par l'électrisation; du traitement d'un rein mobile. Ce sont là des faits exceptionnels qui tendraient à faire admettre l'existence d'une maladie de Basedow réflexe.

Dr PAUL CHÉRON.

SPASME PHRÉNO-GLOTTIQUE DES NOURRISSONS ou Asthme de Kopp ou de Millier

OBSERVATION

Par le Docteur HENRI VERGNIAUD, de Brest.

Le spasme phréno-glottique des nourrissons est une maladie relativement peu fréquente ; il est important que tout médecin puisse la reconnaître ; quoi qu'on en ait dit, le traitement en est quelquefois fructueux. Pour tous ces motifs, il m'a paru utile de publier l'observation suivante, qui en montre un cas type, traité avec un succès inespéré. Enfin, comme on le verra, cette observation démontre une fois de plus la vérité de la théorie française sur la nature comitiale de cette maladie.

Le 28 avril 1896, on apporte à ma consultation de laryngologie une petite fille de sept mois, qui m'est adressée par le médecin de la famille, pour que je l'examine au point de vue d'une affection laryngienne déterminant des accès de spasme glottique. A peine entrée dans mon cabinet, la petite malade, que j'ai fait déshabiller, me donne le spectacle d'un accès, bientôt suivi de plusieurs autres; j'ai été témoin de quatre crises en l'espace d'une demi-heure environ.

Description de l'accès. — Brusquement, la respiration s'arrête, le thorax et le diaphragme s'immobilisent, l'œil devient fixe et hagard, la tête se renverse en arrière, la face se cyanose, les membres se raidissent. Après cet arrêt complet de la respiration, qui dure pendant quelques secondes, pendant lesquelles les battements du cœur sont irréguliers, il se produit une série de petites inspirations sifflantes; puis, la respiration devient plus profonde et plus régulière; le stridulisme cesse, la cyanose disparait, et l'enfant, couvert de sueurs froides, rentre dans le repos.

Mais il suffit de la toucher, de la mettre au sein, de la rhabiller, pour déterminer trois autres crises exactement semblables à la première.

Il en est ainsi tous les jours; l'enfant a jusqu'à 40 accès en vingt-quatre heures ; les actions de boire, d'éternuer, de rire, de pleurer, de crier, déterminent des accès plus ou moins violents. Quelquefois les crises sont suivies de simple contracture des membres, d'autres fois de convulsions généralisées; souvent il y a émission involontaire d'urine ou des matières.

Aussi, la petite malade, bien que nourrie par sa mère, forte et belle femme, est-elle petite, malingre, chétive, de la plus piètre apparence.

« A sa naissance, me dit la mère, Mme A..., c'était une superbe enfant, et pendant ses deux premiers mois elle s'était très bien développée. Sa maladie a débuté brusquement, sans cause connue, les accès, d'abord rares, ont augmenté de fréquence ; depuis trois mois, elle en a de 15 à 40 par jour.

« On a consulté nombre de médecins, employé les traitements les plus divers, sans aucun résulat ; cependant le sirop Teyssedro, au bromure de calcium, a semblé, à certains moments, produire une légère atténuation des symptômes ; on en a consommé des caisses. »

Peu porté à un pronostic favorable par ce que j'ai vu et entendu, et par mes connaissances générales sur la maladie : — 1 guérison sur 9 cas (Rilliet et Barthes); 1 guérison sur 7 cas (Hérard), — je fais part de mes craintes à la famille, et je prescris, sans grand espoir, le traitement suivant :

1° Potion :

Teinture de musc............	XX gouttes.
Teinture de belladone........	X —
Eau de laurier cerise..........	8 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger......	20. —
Eau de laitue.................	100 —

cinq à six cuillerées à café par jour.

2° Sirop de Teyssedre à continuer;

3° Inhalations d'une ou deux gouttes de chloroforme pendant les crises.

Le traitement est commencé le 29 avril; ce jour-là, on donne six cuillerées de la potion; la petite malade n'a que cinq crises.

Le 30 avril, quatre cuillerées de la potion; pus de crise.

La potion a été continuée pendant six jours, à raison de quatre cuillerées par jour.

Depuis le 30 avril, l'enfant n'a plus eu aucun accès.

Lorsque la potion a été terminée, la mère a repris l'emploi du sirop Teyssedre.

Le 22 juin, Mme A... vient me remercier et me montrer son enfant; elle a doublé de volume, a pris un aspect de santé superbe, mange de tout, est très gaie et connait tout son monde, alors qu'à la date du 28 avril elle ne reconnaissait personne, même sa mère.

Mme A... me donne sur sa famille les intéressants renseignements qui suivent :

Père et mère bouchers, très forts et d'excellente santé; neuf enfants.

L'aîné, garçon de quinze ans, se portant bien

maintenant, a eu, de sept à onze ans, une maladie nerveuse caractérisée par des crises convulsives, et diagnostiquée épilepsie par le médecin de la famille. Cet enfant est atteint de strabisme de l'œil droit.

Le deuxième était un garçon qui a été atteint, à l'âge d'un mois, et est mort, à deux mois, d'une maladie semblable à celle de la petite fille qui fait le sujet de cette observation.

Le troisième, garçon de treize ans, et le quatrième, fille de onze ans, sont tous les deux bien portants.

Le cinquième, garçon de neuf ans, bien portant maintenant, quoique très arriéré au point de vue intellectuel, et atteint de strabisme, a eu, à l'âge d'un mois, des spasmes analogues; il a été traité par le bromure.

Le sixième, fille de sept ans, le septième, garçon de six ans, et le huitième, fille de trois ans, sont tous les trois bien portants.

Le neuvième et dernier est la petite fille de sept mois qui m'est présentée.

On sait depuis longtemps que le spasme phréno-glottique présente quelquefois le cachet bien net d'une maladie héréditaire frappant plusieurs enfants d'une même famille; mais il m'a semblé que mon observation était digne de figurer auprès des exemples qu'en ont rapportés Géraudet et Reid.

Cette observation montre aussi, une fois de plus, que, contrairement à l'idée que s'en font encore beaucoup de médecins, le spasme phréno-glottique ne répond à aucune lésion déterminée du larynx ou de ses nerfs. Ce n'est pas purement une convulsion glottique; le diaphragme et les autres muscles de la respiration y prennent part. Cette maladie est de la nature des névroses, comme l'ont soutenu Trousseau, Valleix, Rillet et Barthes; elle a une étroite parenté avec l'épilepsie; les spasmes qui la caractérisent ressemblent aux crises irrégulières de l'épilepsie essentielle ou d'origine réflexe.

Le spasme phréno-glottique des nourrissons n'est, pour mieux dire, qu'une forme de l'épilepsie, il appartient à l'histoire de cette maladie par son étiologie, sa symptomatologie et son traitement.

Inauguration du Dispensaire-Hôpital de Clichy. — La Société philanthropique a inauguré le « Dispensaire-Hôpital chirurgical » qu'elle a fait construire à Clichy, conformément à la volonté de M. Jules Gouin, qui a consacré à cette fondation la somme de 1,200,000 francs.

Cet hôpital occupe un carré d'une très grande superficie compris entre les rues des Bournaires, du Bois et d'Alsace. Sur le devant se trouve une maison d'habitation divisée en petits appartements où les ménages d'ouvriers pourront, moyennant une faible redevance, se loger dans des conditions d'hygiène et de confortable exceptionnelles. Dans le fond de la propriété, après avoir traversé un grand jardin, s'élève le dispensaire aménagé pour secourir immédiatement et traiter les travailleurs blessés ou malades.

INSTRUCTION

pour les familles d'écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

Le ministre de l'Instruction publique vient de publier une instruction, adoptée après avis du Comité consultatif d'hygiène publique, destinée aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

Voici cette instruction :

Instructions à remettre par les instituteurs aux familles des écoliers atteints de maladies épidémiques et contagieuses.

1. — Pendant la maladie

Dès qu'une maladie contagieuse se montre dans une famille, il faut immédiatement faire appeler un médecin, parce que toutes ces maladies peuvent être graves et doivent être soignées. C'est aussi parce que le médecin, en veillant à ce que la présente instruction soit suivie, et en prescrivant les mesures complémentaires qu'il jugera utiles pour chaque maladie en particulier, pourra éviter la propagation de la maladie dans la famille du malade et dans la commune.

On ne doit jamais avoir peur des maladies épidémiques ou contagieuses, car on peut sûrement empêcher leur développement en détruisant les germes qui les produisent.

Ces germes sont des corps très petits qui peuvent se loger partout : dans les fentes du plancher ou du carrelage, sur les murs, dans les rideaux et les tapis, dans le linge et les vêtements, dans l'eau et dans les aliments, etc., etc.

Les mesures indiquées ci-après ont pour but d'empêcher les germes de s'accumuler et de les détruire partout où ils peuvent se rencontrer.

Chambre du malade. — La chambre du malade doit être tenue très propre, bien aérée et convenablement chauffée, selon la saison et selon l'ordonnance du médecin.

La chambre du malade doit renfermer aussi peu de meubles que possible, pas de tapis ni de rideaux.

Il est préférable que le lit soit au milieu de la pièce et jamais dans une alcôve.

Autant que possible, le malade sera placé dans une chambre où il soit tout seul avec la personne qui le soigne et qui doit n'avoir avec les autres personnes de la famille ou de la maison que les relations indispensables. L'entrée de la chambre sera particulièrement interdite aux autres enfants.

Il ne doit y avoir dans la chambre aucune provision de lait ou d'aliments quelconques, aucune boisson ou tisane, à moins que ce ne soit dans des récipients bien clos. Il vaut mieux que les aliments ou boissons ne soient apportés dans la chambre du malade qu'au fur et à mesure des besoins et ce qui n'est pas immédiatement consommé doit être, après que le malade y a touché, brûlé ou jeté dans un vase uniquement affecté à cet usage.

Il est très utile de placer auprès du malade un bol contenant un peu d'eau dans lequel il crachera. Il y a grand intérêt, en effet, à maintenir humides les crachats qui, étant secs, se répandent dans l'air sous forme de poussière et peuvent ainsi propager la maladie.

Le contenu du bol doit être jeté dans le vase spécial, après la visite du médecin.

Pendant toute la durée de la maladie, on tient toutes les pièces d'habitation très propres, on les aère par l'ouverture

des fenêtres pour laisser entrer l'air et le soleil le plus longtemps possible tous les jours.

Nettoyage de la chambre. — Pour nettoyer la chambre, il ne faut pas la balayer, de crainte d'agiter les poussières qui peuvent contenir des germes et transmettre la maladie aux autres personnes de la famille, de la maison ou des maisons voisines; il faut, au contraire, soit répandre d'abord sur le sol de la chambre de la sciure de bois humide, soit l'essuyer avec un linge légèrement humide. On doit ensuite laisser séjourner pendant une heure dans l'eau bouillante et rincer ce linge, puis brûler les balayures dans le foyer. S'il n'y a pas de feu allumé, ces balayures seront mises dans le vase spécial dont il a été parlé dans le paragraphe précédent.

Desinfection des effets, vêtements, draps, etc. — Aucun des effets, linge de corps, vêtements, draps, qui ont servi au malade, ne doit être secoué par la fenêtre; on les mettra dans une boite, un panier ou un sac, jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur désinfection.

L'on préviendra de suite le service municipal de désinfection.

Les demandes de désinfection sont reçues verbalement, par écrit, par télégramme ou par téléphone, aux étuves municipales, rue des Récollets, 6. Ce service se charge de prendre à domicile, pendant toute la durée de la maladie, les effets, vêtements, draps, literie, etc., salis par le malade et les personnes qui le soignent; ces objets sont reportés aussitôt après désinfection. Des sacs sont laissés à domicile pour recueillir les objets qui doivent être envoyés aux étuves municipales avant d'être portés au blanchissage.

Désinfection des déjections. — Aucune des déjections du malade, urine, matières fécales, crachats, vomissements, ne doit être répandue sur les fumiers ou dans les cours d'eau, ni jetée sur le sol.

Ces déjections, comme les résidus du balayage, comme l'eau du lavage à l'eau bouillante des effets et des vêtements, doivent être transportés dans le vase spécial, qui doit être toujours rempli à moitié au moins d'une solution de sulfate de cuivre (50 grammes de sulfate de cuivre par litre d'eau).

Ce vase doit être vidé dans les cabinets d'aisances ou dans un trou en terre, à demi rempli de chaux vive et creusé à une grande distance des puits et cours d'eau.

Le vase est lavé, sur place même, avec la solution de sulfate de cuivre, avant d'être reporté dans la chambre du malade.

Personnes qui soignent les malades. — Les personnes qui soignent un malade ne doivent ni manger ni boire dans sa chambre. Elles ne doivent jamais quitter cette chambre sans s'être lavé très soigneusement les mains au savon. L'eau qui aura servi au lavage des mains est versée dans le vase spécial, et celui-ci est ensuite vidé dans les cabinets d'aisances.

Eau de boisson. — L'eau servant à boire, à cuire les aliments et à prendre les soins de propreté pour le malade, doit être bouillie. Tous les membres de la famille doivent aussi faire usage d'eau bouillie pendant le temps de la maladie ou de l'épidémie.

II. — Après la maladie

Désinfection après la maladie. — A la fin de la maladie, tous les objets qui garnissent la chambre du malade doivent y être laissés jusqu'après la désinfection, qui doit être faite le plus tôt possible pour tous ces objets sans exception, qu'ils aient ou non servi au malade.

Instructions spéciales pour Paris :

« Si la famille n'avait pas encore prévenu le service municipal de désinfection, elle devrait le faire.

« Un certificat de désinfection sera délivré par le service pour être remis au médecin-inspecteur, qui, seul, peut autoriser la rentrée de l'enfant à l'école. »

Instructions pour les communes dans lesquelles il n'y a pas de service spécial de désinfection (s'il existe un service de ce genre dans la commune ou à proximité, il devra toujours être fait appel à ce service, qui sera seul chargé de la désinfection) :

« Pour les effets, linges de corps, vêtements, draps, couvertures, etc., on procède à la désinfection comme il est dit plus haut.

« Pour les meubles, traversins, oreillers, etc., on en découd l'enveloppe qu'on lave à l'eau bouillante, comme il est dit plus haut pour les draps ; le contenu (laine, crin, varech, plume, paille, etc.) est soit brûlé, soit lavé, tout au moins, de la même façon.

« Pour désinfecter la chambre, on lave les murs, le plafond, et surtout le sol (plancher, carrelage ou terre battue), avec une solution d'acide phénique à 5 grammes pour 100 grammes d'eau, ou avec une solution de sublimé à 1 gr. pour 1,000 additionnée de 2 grammes de sel marin pour un litre d'eau, ou avec une solution de crésil à 5 grammes pour 1,000 grammes d'eau. Le sol est ensuite épongé et essuyé avec soin. Si les murs sont blanchis à la chaux, on devra toujours procéder à un nouveau blanchissage de la surface.

« Il pourra être pris, sur l'avis du médecin, d'autres mesures de désinfection suivant le cas. »

Mesures à prendre par le malade avant sa sortie. — Le médecin indique quand le malade doit être lavé et quand il doit sortir (mais la sortie ne doit jamais avoir lieu qu'après un bain ou un lavage à l'eau de savon).

Le médecin dit aussi quand l'enfant peut jouer avec ses camarades et retourner à l'école.

Exclusion de l'école. — La rentrée en classe ne peut s'effectuer que quarante jours après le début de la maladie, pour la variole, la scarlatine et la diphtérie, et seize jours seulement pour la rougeole.

Dans l'intérêt même des enfants, l'instituteur a le devoir de renvoyer dans sa famille tout enfant chez lequel il peut craindre l'apparition d'une affection contagieuse.

Tout le monde a intérêt à prendre chez soi les précautions nécessaires pour empêcher que la maladie se transmette aux autres membres de la famille et aux voisins.

Tout le monde a intérêt à ce que son voisin prenne des précautions chez lui quand il a un malade atteint d'une maladie contagieuse.

La présente instruction est applicable à toutes les affections épidémiques et contagieuses des adultes (choléra, fièvre typhoïde, diphtérie [croup, angine couenneuse], scarlatine, rougeole, suette, typhus, dysenterie épidémique, phtisie).

La loi sur les accidents du travail. — Voici le texte de l'article 4 adopté enfin par le Sénat. Il intéresse au plus haut point les médecins, qui sauront désormais à qui réclamer leurs honoraires :

« Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médi-
« caux et pharmaceutiques, et les frais funéraires.
« Toutefois, les frais médicaux et pharmaceutiques ne
« tombent à sa charge, si la victime a fait choix elle-même
« de son médecin, que jusqu'à concurrence de la somme
« fixée par le juge compétent. »

ACADEMIE & SOCIÉTES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1896

Une intéressante discussion s'engage dès le début de la séance sur la valeur des *injections sous-cutanées massives de sérum artificiel* dans les septicémies opératoires et puerpérales, à propos d'un rapport de M. Pozzi, sur un mémoire de M. Duret (de Lille).

M. Pozzi, apres avoir rappelé les dix observations de M. Duret et fait l'historique de la question, conclut que les injections salines à haute dose constituent un puissant moyen de combattre diverses infections.

Elles agissent en relevant la pression intra vasculaire, en excitant la phagocytose et en facilitant l'élimination des toxines. Le liquide que l'on doit préférer est la solution de chlorure de sodium à 10 pour 1000. On choisira la voie hypodermique dans les cas ordinaires; la voie intraveineuse dans les cas d'urgence.

M. Reclus rapporte à ce sujet un cas de rage convulsive qu'il a traité par l'injection intra-veineuse de 1,300 grammes de sérum artificiel C'était un enfant de quatorze ans, venant des Basses-Pyrénées, qui avait été mordu à la face quinze jours auparavant par un chien enragé. Il avait subi, un peu tardivement, le traitement antirabique à l'Institut Pasteur. De là, il avait été amené dans le service de M. Reclus, où l'on devait corriger, par une autoplastie, une cicatrice vicieuse de la face. Le lendemain de l'opération il fut pris de crises convulsives rabiques. Immédiatement après l'injection de sérum artificiel, l'enfant se trouva mieux, s'apaisa et s'endormit. Néanmoins, il mourait deux heures après. La méthode des injections avait donc échoué.

Les injections sont d'ailleurs assez vivement attaquées, tout d'abord par M. Lucas-Championnière, qui croit nécessaire de réagir contre l'engouement actuel. Elles peuvent donner de bons résultats dans les cas de choc, d'anémie aigue, mais il faut douter des succès que l'on dit avoir obtenu dans les septicémies; dans ces cas, il n'y avait probablement pas de septicémie. De plus, ces injections salines ne sont pas aussi inoffensives qu'on le dit; outre l'élévation brusque de température qui les suit, la diurèse qui se produit résulte d'une congestion intense du rein, et la congestion peut aussi se faire au niveau des poumons et entrainer la mort.

M. Pinard se rallie à l'avis de M. Championnière; il a eu des succès dans le cas d'hémorragie; mais les résultats sont douteux dans les septicémies. Expérimentalement, on n'arrive pas à guérir les animaux que l'on a infectés et auxquels on fait un lavage du sang aussi complet que possible. Comment pourrait-il en être autrement pour des malades chez lesquels le lavage du sang est forcément incomplet?

Dans les cas d'hémorragie, au contraire, on obtient de très beaux résultats. Sur dix-sept femmes amenées depuis 1893, à la clinique Baudelocque, en état d'anémie aigue, aucune n'est morte, grâce aux injections de sérum, qui n'ont jamais dépassé 1,400 grammes en vingt-quatre heures. M. Tarnier a eu, lui aussi, des succès dans les cas d'hémorragie. Il n'a jamais employé les injections dans les cas de septicémie. Il rappelle que la guérison spontanée de la septicémie s'observe d'ailleurs plus souvent qu'on ne pense. M. Porak a employé souvent avec succès les injections salines dans les hémorragies graves et même dans les éclampsies; dans un cas de septicémie, elles ont échoué.

M. Péan pense que l'on doit préférer la voie hypodermique à la voie intra-veineuse. Celle-là est plus sûre et moins dangereuse.

— MM. Variot et Glower font ensuite une intéressante communication sur *la dilatation de la glotte dans les spasmes laryngiens, et dans le croup en particulier*.

L'étude clinique du croup, de même que les résultats fournis par la dilatation de la glotte à l'aide des tubes gradués, montrent que le spasme glottique est bien l'élément capital dans les phénomènes de suffocation du croup. En effet, les diphtéries laryngo-trachéales les plus membraneuses ne sont pas habituellement les plus spasmodiques. Le traitement variera selon le type clinique.

1° Les enfants au-dessous de deux ans sont plus sujets au laryngisme que ceux d'un âge plus avancé. Chez eux, le spasme laryngien est plus durable, plus sujet à retour, et il convient d'y opposer la dilatation active continue au moyen d'un tube gradué.

2° Chez les enfants au-dessus de deux ans, lorsque le spasme est tout à fait dominant, dans les croups peu membraneux, avec toux rauque et voix claire, nous avons vu parfois le spasme céder et la respiration se régulariser d'une manière définitive après la dilation active et passagère, à l'aide d'un tube laryngien, ou d'un cathéter de Schrötter qu'on retire après quelques minutes. Si le spasme se reproduit après quelque temps, on remplace un tube gradué qui, au bout de douze ou vingt-quatre heures de séjour environ, donne un résultat favorable.

3° Dans les cas de diphtérie laryngée avec trachéo-bronchite membraneuse, le spasme intense peut survenir aussi, bien que peu fréquemment. L'obstruction du tube laissé à demeure est grandement à craindre. Il est alors utile de dilater passagèrement la glotte tout en écouvillonnant avec le tube la muqueuse laryngée. Le tube ou un cathéter de Schrötter doit être introduit et retiré très vite, car cette manœuvre refoule les membranes et l'asphyxie devient très menaçante.

Les enfants rejettent après le retrait du tube de longs moules membraneux et la respiration se régularise. C'est ce que nous appelons l'écouvillonnage du larynx, opéré en même temps que la dilatation de la glotte.

4° Enfin, il est d'autres enfants chez lesquels on aurait tort de pratiquer une dilatation prolongée, même à l'aide d'un tube bien gradué. Ce sont ceux qui présentent, en même temps que des accidents diphtériques, de la trachéo-bronchite, avec abondantes sécrétions purulentes. Dans ces cas, le tube met obstacle aux efforts d'expulsion des mucosités, et nous pensons que, surtout au-dessus de deux ans, on ne doit pas hésiter à pratiquer la trachéotomie pour dégager librement les voies aériennes.

En conclusions :

1° Dans quelques cas, la dilatation de la glotte dans le croup permet d'éviter le tube à demeure;

2° L'intubation elle-même, envisagée comme une méthode dilatatrice, devient un procédé chirurgical plus pratique, qui évite presque généralement le rejet spontané des tubes et abrége la durée de leur séjour, diminue les chances d'ulcération du larynx et de rétrécissement organique consécutif au tubage prolongé et aux nombreux retubages successifs.

— M. Fournier a présenté au cours de la séance, au nom de MM. Oudin et Barthélemy, des photographies, par les rayons de Röntgen, des masses musculaires dans un cas de *myosite ossifiante*. Enfin, M. Cornil a lu un rapport sur

le récent travail de M. CHANTEMESSE, à propos de la transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres, et l'Académie a émis le vœu : « Que l'autorité compétente surveille les parcs et que les huîtres provenant de parcs contaminés soient laissées pendant huit jours dans des parcs renfermant de l'eau de mer pure. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la cholédochotomie reprend au commencement de la séance. M. MONOD prend d'abord la parole. Il a fait une laparotomie pour explorer un canal cholédoque. Il s'agissait d'un malade observé par M. Hanot, qui avait fait le diagnostic d'obstruction du canal cholédoque par calcul.

La vésicule était très dilatée, et l'exploration du cholédoque permit de reconnaître l'absence complète de calcul dans ce canal.

M. Monod aboucha la vésicule à l'estomac avec un bouton de Murphy.

Le malade mourut le troisième jour, et l'autopsie ne démontra ni déchirure ni péritonite. Il fut difficile de trouver la cause de la mort. Mais le malade avait un cancer étendu du pancréas.

M. Monod termine en insistant sur la gravité de cette intervention, même lorsqu'elle est seulement exploratrice.

Ce à quoi M. QUÉNU répond qu'il a soutenu la bénignité de l'incision exploratrice, mais quand elle n'est pas suivie d'une intervention, comme l'abouchement de la vésicule.

M. MICHAUX, qui a donné naissance au débat, le termine en faisant remarquer qu'il n'y a qu'un point qui sépare les différents chirurgiens, et encore ce point est-il de peu d'importance. Il s'agit du siège de l'incision.

Lui, pour sa part, préfère l'incision au bord externe du muscle droit. On lui a reproché l'hémorragie possible, mais jamais il n'en a eu et cette hémorragnie n'est pas signalée dans les observations.

Quant à l'accès vers les régions calculeuses il est certain que l'incision médiane n'est pas celle des voies biliaires; elle peut mener plus facilement au canal cholédoque; mais quand on opère on ne sait pas où est le calcul, et encore arrive-t-il souvent que les calculs siègent en même temps dans le réservoir de la bile et dans le canal cholédoque. De plus, on est quelquefois amené, comme M. Monod, à anastomoser la vésicule, et ici l'incision latérale est plus commode et mieux placée.

L'incision externe permet, du reste, d'aborder le canal cholédoque. M. Michaux vient d'en avoir une preuve chez un malade où il a eu le canal sous les yeux, il l'a trouvé entouré de ganglions probablement tuberculeux, mais comme le malade était en bon état, il s'est borné à l'incision exploratrice.

— M. CHAPUT fait ensuite un rapport, dont il a bien voulu nous donner le résumé que nous transcrivons :

« *Bouton anastomotique et tire-bouton de M. Hagopoff.* — Le bouton de M. Hagopoff a la forme d'une bague, dont la surface extérieure présente une gouttière circulaire large, mais peu profonde.

« Voici comment on applique cet instrument, qu'il s'agisse d'une suture circulaire ou d'une entéro-anastomose : on introduit une partie du bouton dans un des orifices intestinaux et, avec une ligature en masse, on fixe l'intestin sur la gorge du bouton. On répète la même manœuvre sur l'autre orifice intestinal. On excise aux ciseaux les tissus exubérants qui dépassent la ligature, puis on exécute un étage de sutures séro séreuses tout autour du bouton.

« Le tire-bouton de M. Hagopoff est destiné à ret'rer le bouton par la bouche dans les cas de gastro-entérostomie.

« Cet instrument a la forme d'une sonde œsophagienne à extrémité olivaire. La tige et l'olive sont creuses. Elles contiennent un long fil d'argent terminé en anse à l'extrémité de l'olive. On peut, par un mécanisme simple, faire saillir ou rentrer l'anse métallique.

« Avec cet instrument, on peut, au moment de la gastro-entérostomie, retirer par la bouche un fil fixé au bouton; quelques jours après l'opération, lorsque le bouton est libre, on réintroduit le tire-bouton guidé par le fil tracteur jusqu'au contact du bouton, on retire alors ensemble le tire-bouton, le fil et le bouton lui-même.

« Le principe du bouton de M. Hagopoff n'est pas absolument nouveau. Sachs, en 1890, en a construit un semblable; j'ai, moi-même, fait faire un bouton analogue que je n'ai jamais présenté, ne le trouvant pas original.

« La ligature en masse employée par l'auteur amène la formation d'un bourrelet destiné au sphacèle, qui gêne la réunion par une action mécanique et septique. En outre, cette ligature peut glisser et, dans ce cas, l'écoulement des matières dans le péritoine devient possible.

« Ajoutons que la réunion n'est, en somme, assurée que par un seul étage séro-séreux, insuffisant pour dorner une sécurité absolue.

« Le tire-bouton est très ingénieux et remplit bien son rôle, mais il ne semble pas que son emploi soit bien indispensable ni sans inconvénients.

« Il est, en effet, démontré que le séjour de boutons volumineux dans l'estomac est à peu près sans inconvénients; d'autre part, le bouton de M. Hagopoff est trop petit pour s'arrêter dans l'intestin et y provoquer des accidents; pour cette double raison, son extraction n'est pas indiquée.

« Je ne crois pas non plus que l'introduction du tire-bouton dans l'estomac pendant la gastro-entérostomie soit sans inconvénients, car j'ai constaté à plusieurs reprises que le cathétérisme de l'œsophage, dans le sommeil anesthésique, provoque des vomissements qui pourraient, dans l'espèce, déverser les matières alimentaires dans le péritoine.

« Pour toutes ces raisons, nous n'acceptons donc l'instrument de M. Hagopoff que sous toutes réserves; nous ne changerions d'avis que si l'auteur nous apportait un nombre important de succès opératoires chez l'homme; malheureusement pour sa thèse, l'instrument n'a pas encore été employé sur le vivant. »

— M. FAURE lit ensuite un travail intitulé : *Pied bot valgus acquis; allongement des péroniers latéraux. Guérison.*

— La séance se termine par des présentations de malades.

M. RECLUS montre quatre malades atteints de cicatrices vicieuses consécutives à des brûlures et chez lesquels il a pratiqué des autoplasties par la méthode italienne et à l'aide de greffes de Thiersch. Il insiste sur la nécessité de l'association de ces deux procédés qui se complètent l'un l'autre.

M. ROBERT présente deux malades sur lesquels il a pratiqué la suture osseuse. Les épreuves radiographiques montrent les fils et permettent de se rendre compte du cal.

M. NÉLATON montre une malade opérée par M. Terrillon, il y a quatre ans, pour une péritonite tuberculeuse. M. Nélaton l'a réopérée et lui a enlevé deux trompes tuberculeuses qui étaient la cause de la maladie.

M. RICHELOT pense qu'il ne faut pas croire que les péritonites tuberculeuses sont toutes symptomatiques d'annexites tuberculeuses. Il cite une observation dans laquelle la péritonite tuberculeuse a commencé, a été guérie par une laparotomie à un moment où les trompes n'avaient rien, et plus tard cette malade a été opérée à nouveau pour deux salpingites tuberculeuses qui avaient évolué ultérieurement.

M. QUÉNU partage aussi cet avis, ainsi que M. CHAMPIONNIÈRE, qui insiste sur le polimorphysme des affections uberculeuses du ventre. M. RICARD cite aussi une observation confirmative.

M. RICHELOT présente une tumeur du cœcum pour laquelle 'extirpation de cet organe fut pratiquée et la réunion de 'intestin faite avec le bouton de Murphy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 26 JUIN 1896

M. F. WIDAL a imaginé un nouveau moyen de diagnosiquer la fièvre typhoïde, basé sur les recherches récentes de Pfeiffer et Koll, de Max Gruber; ces recherches ont établi que le sérum des individus convalescents de fièvre typhoïde, comme celui des animaux immunisés contre l'infection typhique, mélangé *in vitro* à une culture de bacille d'Eberth, enrayait le développement de celui-ci; les microbes se précipitent au fond du tube sous forme de flocons et paraissent, au microscope, immobiles, agglutinés, déformés.

Le coli-bacille, au contraire, pousse abondamment et reste parfaitement mobile.

En 1892, MM. Chantemesse et Widal avaient montré que dans la fièvre typhoïde, avant même la convalescence, le sérum humain possédait des qualités thérapeutiques très marquées contre l'infection typhique expérimentale. Il était donc naturel de rechercher si le sérum des typhiques ne possédait pas, au cours de la maladie comme après la convalescence, la propriété d'agglutiner *in vitro* les bacilles d'Eberth d'une culture, et si cette réaction ne pouvait aider au diagnostic de la dothiénentérie. Les faits semblent avoir donné raison à l'hypothèse de M. Widal. Le sérum sanguin provenant de six typhiques aux septième, douzième, quinzième, seizième, dix-neuvième, vingt-et-unième jours de la maladie, et recueilli soit par piqûre d'une veine, soit par piqûre du doigt, a enrayé dans une notable mesure le développement d'une culture de bacille d'Eberth, et produit un précipité de microbes agglutinés. Ajouté à une culture de bacille d'Eberth en pleine activité, à la dose d'une goutte pour dix gouttes de bouillon de culture, le sérum de typhique produit, au bout de quelques minutes, les agglomérats microbiens caractéristiques.

Du sérum provenant de deux jeunes gens en parfaite santé, de cinq personnes ayant eu antérieurement la fièvre typhoïde (un, quatre, cinq, neuf, quatorze ans auparavant), de quatorze malades atteints d'affections diverses fébriles ou non, n'a paru exercer aucune influence sur les cultures du bacille d'Eberth. Ce même sérum, comme le sérum des six typhiques, est resté sans action sur les cultures de coli-bacille.

Voici donc, dit en terminant M. Widal, un procédé simple et rapide, à la portée de tous, extemporané, ne nécessitant aucun matériel de laboratoire, pas même de matière colorante. Il suffit d'avoir à sa disposition des cultures pures en bouillon de bacille d'Ebert, que l'on peut conserver pendant des semaines, un microscope avec objectif à immersion et quelques gouttes, à la rigueur une seule, du sang d'un malade. Des observations ultérieures détermineront à quel jour précis de la maladie le phénomène commence à apparaître et s'il manifeste dans les formes frustes et atténuées.

Cette méthode de *séro-diagnostic*, suivant la dénomination que M. Widal propose, sera sans doute applicable à d'autres maladies, mais on peut déjà prévoir que peu d'infections s'y prêteront mieux que la fièvre typhoïde, dont le microbe jouit d'une mobilité si grande, d'une vitalité si prolongée et trouble le bouillon d'une façon si uniforme.

— M. COMBY traite par l'arsenic à hautes doses les chorées graves. Or, il vient d'observer récemment un cas de *paralysie arsenicale* chez une fillette soumise à ce traitement. Voici le fait :

« Une fillette de sept ans, sans antécédents rhumatismaux, sans cardiopathie, est prise de mouvements choréiques le 1er mars 1896, et elle entre dans mon service le 9 mars, avec tous les symptômes d'une chorée de Sydenham très intense. Pouls, 120; température, 37°,4. Je prescris, dès le lendemain, 10 grammes de liqueur de Boudin (solution d'acide arsénieux au millième), c'est-à-dire 10 milligrammes d'arsenic, à prendre à doses réfractées dans un julep de 120 grammes. Puis, tous les jours, on augmente la dose de 5 grammes (5 milligrammes d'arsenic), jusqu'à 35 grammes (35 milligrammes), pour redescendre de la même façon à 10 grammes. Dans l'espace de onze jours, l'enfant a pris 235 grammes de liqueur de Boudin (235 milligrammes, ou 23 centigrammes et 1/2 d'acide arsénieux). Dès le cinquième jour de traitement, les mouvements choréiques avaient complètement cessé pour ne plus revenir. A partir du sixième jour, l'enfant avait présenté quelques vomissements, puis un état saburral avec léger état fébrile.

« Après dix ou douze jours, l'embarras gastrique arsenical avait disparu, et l'enfant sortait de l'hôpital le 5 avril.

« Le 11 mai, elle revient avec une paraplégie complète, qui avait débuté le 5 mai, c'est-à-dire quarante-six jours après la cessation du traitement arsenical. État général bon, joues pleines et colorées; l'enfant, qui était pâle et maigre, a remarquablement engraissé, elle est méconnaissable. Nous constatons qu'elle présente une impotence absolue des membres inférieurs, que les réflexes sont abolis, que la sensibilité est conservée, qu'il n'y a pas de troubles trophiques. On prescrit la strychnine, la faradisation, les bains sulfureux.

« Les jours suivants, la paralysie suit une marche ascendante et gagne le tronc et les membres supérieurs, quoique à un moindre degré que les inférieurs.

« Le 15 mai apparaît l'incontinence des urines et des matières fécales qui persistent pendant dix jours. Je n'étais pas sans inquiétude. Cependant, le 25 mai, l'amélioration s'accuse de tous les côtés, la paralysie quitte peu à peu les membres supérieurs, l'incontinence des urines cesse. Puis les membres inférieurs commencent à se mouvoir dans le lit, et, le 20 juin, l'enfant peut être considérée comme guérie; elle marche sans aide, la sensibilité plantaire, les réflexes sont revenus. État général excellent. Quoique le traitement arsenical intensif de la chorée m'ait donné de très beaux résultats, sans aucun inconvénient notable, le cas de paralysie tardive que je viens d'observer doit rendre plus prudent. Il faudrait, chez les enfants de cet âge, ne pas donner de doses aussi fortes et s'arrêter à la première manifestation d'intolérance (vomissement, etc.). On a dit que la paralysie arsenicale relevait d'une polynévrite. Mais, quand on voit les sphincters de la vessie et du

rectum être pris, on ne peut se refuser d'admettre une *myélite arsenicale*. »

M. Rennu, tout en admettant la possibilité de la myélite, rappelle que l'arsenic produit surtout des polynévrites, comme les autres poisons métalliques.

M. d'Heilly, qui employait autrefois l'antipyrine à fortes doses, dans le traitement de la chorée, est devenu beaucoup plus réservé depuis qu'il a observé des accidents graves. M. Sevestre a également vu se produire des accidents graves chez une fillette de sept ans, à laquelle il avait prescrit 5 grammes d'antipyrine : cyanose, pouls imperceptible, coma. L'enfant guérit cependant, mais M. Sevestre ne donne plus l'antipyrine à pareilles doses.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la valeur alimentaire des pains provenant de farines blutées à des taux d'extraction différents, par M. Aimé Girard.

Dans l'appréciation de la valeur alimentaire des pains, on voit souvent intervenir un préjugé que rien ne justifie : le pain blanc provenant de farines pures est, dit-on alors, moins nutritif que le pain bis fourni par les farines inférieures. Les choses, même, sont à ce point qu'on a pu, dans ces derniers temps, rencontrer chez certains écrivains, cette assertion singulière que les farines blanches ne contiennent pas de gluten, et que le pain qui en provient est, par suite, exclusivement fait d'amidon.

L'origine de ce préjugé réside en ceci, qu'aux débris de son qu'un blutage imparfait laisse en mélange dans les farines inférieures, reste attachée une couche mince de l'amande du grain, et qu'à cette couche appartient une richesse en gluten supérieure à celle de l'amande considérée dans son entier.

Le fait est exact. Mais, lorsque, une fois le fait démontré, on cherche à établir quelle est, par rapport au grain entier, l'importance pondérale de cette couche riche en gluten, on reconnait qu'elle est insignifiante. Comme le montre la reproduction photographique d'une coupe verticale de grain de blé, agrandie à 100 diamètres, elle forme à la périphérie du grain, et, au-dessous de la membrane interne du tégument séminal, une zone qui mesure à peine 1/10 de millimètre d'épaisseur, alors que l'amande entière ne mesure pas moins de 3 millimètres sur 6 millimètres environ.

Le poids relativement faible de cette zone glutineuse ne permet guère de lui attribuer, *a priori*, une influence sérieuse sur la richesse des farines en gluten ; c'est ce qu'on a fait cependant et c'est de là qu'est né le préjugé qui, en s'exagérant peu à peu, a amené certaines personnes à croire que le gluten ne se retrouve pas dans les parties centrales du grain et que les farines pures, par conséquent, n'en contiennent pas.

Pour détruire ce préjugé si fâcheux, il suffit de faire remarquer qu'entre les farines pures, au taux d'extraction de 60 °/₀, qui produisent le pain blanc, et les farines impures qui, au taux d'extraction de 73,11 et 72,49 pour les blés tendres, aux taux de 74,18 pour le blé dur, ne peuvent donner que du pain bis, la différence, au point de vue de la teneur en gluten, est insignifiante. Dans deux des cas examinés ci-dessus, elle n'atteint pas 1 millième du poids de la farine; dans le cas le plus défavorable, elle représente 3 millièmes de ce poids.

Si, d'ailleurs, au lieu de considérer les farines, on considère les pains qu'elles fournissent, on voit cette différence disparaitre et même changer de signe. On oublie trop, en effet, que, suivant l'état de pureté des farines, les pains arrivent au consommateur en des états d'hydratation différents. Plus basse en est la qualité, plus grande en est la quantité d'eau que le pain retient à la sortie du four, et c'est pour cause qu'on voit les farines à 60 °/₀ d'extraction donner à la cuisson 132 à 135 kilog. de pain, tandis que les farines à 72-74 °/₀ en donnent 138 kilog. De telle sorte que, pour obtenir 1 kilogramme de pain il faut, au taux de 60 °/₀, pétrir 0 k. 735 de farine, tandis que 0 k. 714 suffisent si l'on met en œuvre des farines aux taux de 72-74 °/₀.

Les poids de gluten, c'est-à-dire de la matière azotée plastique, qui sont habituellement pris comme mesure de la valeur nutritive des pains sont, dans l'un et l'autre cas, sensiblement identiques, de telle sorte qu'au préjugé que je m'attache à combattre depuis longtemps, il convient de substituer cette donnée certaine qu'à poids égal le pain blanc des farines pures est aussi nourrissant que le pain bis des farines inférieures, comme aussi il est, au point de vue de la perméabilité par les sucs digestifs, de la digestibilité, de la conservation, etc., supérieur à celui-ci.

Par des expertises précises, laissant de côté l'alimentation des personnes aisées qui, toujours, est surabondante, j'ai démontré que pour satisfaire à l'entretien de l'organisme humain, entretien qui, d'après les physiologistes les plus exigeants, réclame 3 gr. 19 d'acide phosphorique par jour, les artisans, même les plus pauvres, trouvent dans les aliments autres que le pain qu'ils consomment des ressources doubles au moins de celles qui lui sont nécessaires.

En plein Morvan, dans la Niévre, au Cantal, dans l'Ardéche, dans des régions bien pauvres, en un mot, j'ai fait peser à la ferme, et j'ai analysé ensuite la masse d'aliments : soupe aux légumes, pommes de terre, galettes de sarrazin, châtaignes, haricots, fromages, etc., consommée par les journaliers les plus modestes, dont le salaire ne dépasse pas 1 fr. 25, et j'ai ainsi reconnu que dans ces aliments et chaque jour, chacun de ces ouvriers trouve 6 gr. et 7 gr. d'acide phosphorique, c'est-à-dire le double de ce que son entretien exige.

Dans la ration alimentaire de ces ouvriers, intervient, en outre, 1 k. 500 de pain qui, de son côté, apporte, s'il est bis, 3 gr. 30; s'il est blanc, 3 gr. 10 d'acide phosphorique; la différence est de 0 gr. 10; c'est à ces chiffres si faibles que se limite le gain dû à l'emploi du pain bis.

Ce n'est donc en aucune façon une nécessité pour l'homme que de rechercher ce pain bis, sous prétexte d'enrichissement de sa ration en acide phosphorique.

Le pain véritablement utile, le pain normal, c'est le pain blanc, pain bourgeois, fait de farine pure à 60-68 °/₀ d'extraction, qu'on nous vend à Paris sur la balance, sous le nom de pain boulot ou de pain fendu, et la formule de l'utilisation véritablement économique du grain de froment est celle qui consiste à réserver 70 °/₀ *au plus* du poids de ce grain à l'alimentation humaine, 30 °/₀ *au moins* à l'alimentation du bétail; ce que l'homme, en agissant ainsi, abandonne sous forme de pain, il le retrouvera sous forme de viande.

Tuberculose expérimentale atténuée par la radiation Rœntgen. — Note de MM. Lortet et Genoud, présentée par M. A. Chauveau.

Le 23 avril 1896, huit cobayes sont inoculés au pli inguinal droit avec du bouillon, dans lequel on a trituré une rate d'un cobaye manifestement tuberculeux.

Le 25 avril, trois cobayes pris au hasard dans ce lot d'animaux inoculés, sont attachés sur une planchette, les

jambes écartées, couchés sur le dos, et présentant au tube radiant la région inguinale injectée. La même opération est répétée chaque jour, pendant une heure au moins, depuis le 25 avril jusqu'au 18 juin.

Le 9 juin, les cinq cobayes témoins présentent au membre inoculé des abcès ganglionnaires qui se sont ouverts spontanément et qui laissent écouler une suppuration blanchâtre. Les ganglions inguinaux du côté malade sont mous, empâtés au milieu des tissus circonvoisins. Les trois animaux traités n'ont point d'abcès, et leurs ganglions inguinaux sont durs, régulièrement circonscrits.

Le 18 juin, les cinq témoins suppurent abondamment au pli de l'aine ou à la cuisse. Ils ont fortement maigri. Les trois cobayes en traitement sont, au contraire, en très bon état. Ils ont augmenté de poids; leurs ganglions inguinaux, de petit volume, se ratatinent de jour en jour, sont parfaitement limités et ne présentent aucune tendance à la suppuration.

Nous croyons avoir le droit de dire que la radiation Röntgen a modifié le développement aigu de la tuberculose et en a transformé heureusement les allures chez les cobayes mis en expérience.

Ce résultat, quelque incomplet qu'il soit, peut cependant, pensons-nous, autoriser à soumettre à l'influence des rayons Röntgen des tuberculoses artificielles et limitées à la plèvre, ainsi que les ganglions tuberculeux du mésentère.

L'expérimentation nous a, en effet, prouvé qu'avec une instrumentation convenable et des piles assez puissantes, les parois thoraciques ainsi que les poumons sont traversés avec la plus grande facilité par les rayons X. Ceux-ci passent aussi très rapidement à travers les masses intestinales, même remplies par les masses alimentaires.

Il serait donc logique et facile d'essayer sur ces régions tuberculisées, chez des enfants surtout, l'influence heureuse que nous avons constatée sur les cobayes tuberculisés expérimentalement.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Suite et fin (1).

M. E. Berger a résumé ses recherches sur l'eucaïne en éther méthylique de benzoyl-méthyl-tétra-métyl-et-oxy-pipéridine-phénol. M. Berger s'est servi de solution aqueuse de chlorhydrate d'eucaïne à 1 °/₀ et à 2 °/₀. Une goutte de ces solutions, instillée dans le cul de sac conjonctival, provoque une sensation de picotement qui est plus accusée que celle provoquée par une solution de cocaïne de même concentration. Cette constatation a fait modifier le mode d'emploi de l'eucaïne. M. Berger a instillé d'abord une goutte d'une solution à 1 °/₀, et après avoir attendu pendant trois minutes que la sensibilité de la conjonctive fût devenue obtuse, il a instillé une goutte de la solution d'eucaïne à 2 °/₀. De cette façon, cette dernière ne provoque aucune sensation douloureuse. Deux minutes et demie, en moyenne, après l'instillation de cette dernière, l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée devient manifeste. La durée de ce phénomène est, en moyenne, de dix à dix-huit minutes. La sensibilité au contact est d'abord abolie; la sensibilité thermique, de son côté, persiste, car le froid et le chaud sont nettement perçus. La sensibilité thermique ne diminue que plus tard; elle devient obtuse et est à la fin complètement abolie à son tour.

Le degré de l'anesthésie de l'œil eucaïnisé est à peu près égal à celui de l'œil cocaïnisé; ces petites différences que l'on a constaté quelquefois sont plutôt dues à l'emploi de quantités de collyre non exactement semblables.

L'anesthésie se manifeste d'abord à l'endroit où la goutte a été instillée, et y persiste le plus longtemps; l'anesthésie de l'œil cucaïnisé est accompagnée dans toute l'étendue de la conjonctive d'une hypérémie qui persiste plus longtemps que l'anesthésie; elle avait cependant dans toutes les observations disparu trente minutes, au plus tard, après l'instillation. M. Berger a constaté, en outre, une hypersécrétion lacrymale de l'œil eucaïnisé, mais n'a jamais pu déceler la moindre dilatation pupillaire ou le moindre trouble de l'accommodation. Il n'a jamais constaté non plus les troubles cornéens que provoque la cocaïne, et qui sont dus au dessèchement de la cornée. Ce phénomène, qui tient à un ratatinement des cellules superficielles de l'épithélium cornéen (cellules à protoplasma succulent et pourvu de noyaux), entraine la production d'écaillures qui, dans les maladies infectieuses de la conjonctive, peuvent constituer des portes d'entrée pour les microbes pyogènes. (On a constaté la fréquence plus grande d'abces cornéens dans la conjonctivite blennorrhagique, quand on pratique des cautérisations après cocaïnisation préalable.)

Le fait que l'eucaïne ne provoque ni mydriase, ni troubles cornéens est de la plus haute importance au point de vue clinique et doit lui faire accorder la préférence; d'un autre côté, elle provoque une congestion de la conjonctive mais on n'a cependant jamais observé d'effets fâcheux à la suite de cette congestion. M. Berger s'en est servi pour des cautérisations au crayon de sulfate de cuivre et de nitrate d'argent, pour l'extraction de corps étrangers de la cornée, pour l'introduction de sondes de Bowmann, pour des incisions, des opérations de chalazion, et pour des péritomies ignées. D'ailleurs, l'association de l'eucaïne avec la cocaïne (chlorhydrate de cocaïne, 0,20 centigrammes; eau distillée, 20 grammes) en chirurgie oculaire, est ce qu'il y a de mieux. Le resserrement des vaisseaux provoqué par la cocaïne (qui, d'après Mellinger, retarde la guérison de plaies cornéennes et des parties antérieures de l'œil) est ainsi annihilé par l'action vaso-dilatrice de l'eucaïne pendant que l'action anesthésique des deux produits s'additionne.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. Gils a préconisé contre les douleurs de la carie dentaire un gargarisme analgésique.

Une expérience de deux ans, basée sur une trentaine de cas, a démontré à M. Gils que l'antisepsie buccale, pratiquée au moyen de sublimé corrosif, calmait presque instantanément les odontalgies dues à des caries dentaires, même anciennes, et dans les crises les plus aiguës.

M. Gils prescrit la formule suivante :

Eau bouillie chaude..............	4 parties.
Liqueur de Van Swieten..........	1 —

Eau dentifrice (Botot ou toute autre), quelques gouttes comme correctif.

Se rincer la bouche deux ou trois fois dans la première heure, en maintenant pendant quelques instants la solution autour de la dent malade.

Dès le premier bain, la douleur s'émousse. Mais si l'on a affaire à une inflammation vive, accompagnée de périostite alvéolaire, peu à peu la sensibilité se réveille. Un deuxième bain local l'endort aussitôt. Il est rare qu'un troisième soit nécessaire dans la même heure. Au cours de la journée et

(1) Voir le numéro précédent.

les jours suivants, trois ou quatre bains dans les vingt-quatre heures suffisent pour prévenir le retour de la douleur. Consécutivement, l'inflammation périostique s'amende et ne tarde pas à disparaître, pourvu que cette antisepsie eût été pratiquée assez à temps pour prévenir l'infection suppurative.

Cette méthode a donné d'excellents résultats, non seulement dans les caries à ciel ouvert, où le liquide peut baigner complètement la surface endolorie de l'ulcération dentaire, mais encore dans les cas plus complexes où le processus ulcératif continuait son évolution, momentanément interrompue, sous un plombage mal appliqué, incomplètement adhérent et laissant filter, jusqu'au fond de la cavité, des agents d'irritation ou de fermentation, air froid, liquides, parcelles alimentaires, microbes de la cavité buccale.

Parviendrait-on, par ce seul moyen, à enrayer la carie? La durée des observations de M. Gils ne lui parait pas suffisante pour qu'il puisse se prononcer nettement à cet égard. Mais, au point de vue analgésique, ce procédé, simple et à la portée de tous, a donné, dans un assez grand nombre de cas, des formes très diverses, des résultats si satisfaisants que l'on doit le recommander.

— M. COURTADE a décrit une nouvelle sonde destinée au lavage de la caisse du tympan:

Les lavages de la caisse du tympan sont indiqués dans trois circonstances :

1° Dans l'otorrhée chronique simple ;

2° A la fin de l'otorrhée pour balayer les résidus épithéliaux et le pus desséché ;

3° Enfin dans l'otite aiguë. Cette dernière indication peut être généralisée à tous les cas où la paracenthèse est indiquée ; après l'ouverture du tympan, on pratique le lavage de la caisse, comme en chirurgie générale on lave la poche de l'abcès après l'avoir incisé.

Ce mode de traitement ne peut être employé avec la sonde qui sert habituellement aux lavages de l'oreille moyenne, la sonde d'Hartmann, qui présente une coudure à angle droit à 2 millimètres de son extrémité.

Voici en quelques mots les inconvénients que présente ce dernier instrument.

Tout d'abord, il exige une perforation du tympan, spontanée ou chirurgicale, assez étendue pour que l'on puisse engager son bec dans la caisse ; l'introduction est très délicate et parfois légèrement douloureuse.

Une fois en place, le malade doit garder la plus complète immobilité, car le moindre mouvement peut entraîner une lésion sérieuse de la membrane du tympan ou des osselets, le bec pouvant s'accrocher à une de ces parties, si le patient retire brusquement la tête dans le cours de l'injection intra-tympanique.

Il est difficile de la maintenir absolument fixe, car son faible diamètre et son poli font qu'elle tient mal entre les doigts, et quelque précaution que l'on prenne, il y a toujours un faible déplacement qui se répercute douloureusement dans la partie profonde de l'oreille.

La même dextérité est nécessaire pour la retirer que pour l'introduire.

Toutes ces raisons en restreignent beaucoup l'application, qui est difficile chez l'adulte, et, en bien des cas, dangereuse chez les enfants ou les malades très sensibles.

Les difficultés inhérentes à la sonde d'Hartmann disparaissent avec la sonde que M. Courtade a fait construire ; bien que non coudée à son extrémité, le jet est vertical et peut être dirigé du côté de l'attique, où séjournent et croupissent les résidus purulents et épithéliaux.

La sonde n'est pas tenue directement avec les doigts, mais seulement par l'intermédiaire d'un manche dans lequel elle glisse en faisant avec celui-ci un angle obtus.

La technique du lavage de la caisse est des plus simples : la sonde, tenue entre le pouce et l'index gauches, est introduite dans la perforation jusqu'à ce qu'elle vienne heurter le promontoir (segments antérieur et inférieur du tympan, qu'elle ne peut blesser, puisque son extrémité est arrondie). Il ne reste plus qu'à pousser le liquide antiseptique contenu dans la seringue, rattachée à la sonde par un tube en caoutchouc.

Si l'injection provoque, ce qui est assez fréquent, une sensation désagréable, le malade fait parfois un mouvement de retrait qui fait sortir de la caisse l'extrémité de la sonde; il n'en résulte pas d'inconvénient parce que l'instrument est rectiligne comme un stylet.

Pour l'irrigation de la caisse, nous avons recours à une sonde à trois jets perpendiculaires entre eux, qui lavent à la fois les régions supérieures et latérales, résultat impossible à obtenir avec la sonde d'Hartmann.

Fréquemment, dans le cours de l'injection, le liquide, passant par la trompe, tombe dans le pharynx : il serait donc imprudent d'employer des liquides dangereux (solutions de sublimé); on peut s'en tenir du reste à l'eau boriquée chaude.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au grade de chevalier : MM. Balhadère, des Landes ; Lemue, de Saint-Sever.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Le Bart (de Caen) vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe, pour le dévouement qu'il a déployé en combattant un violent incendie à Saint-Aubin sur-Mer, le 15 août 1895.

Concours pour le clinicat de la Faculté de médecine de Paris. — 1° *Clinicat chirurgical.* — *Juges :* MM. Duplay, Le Dentu, Tillaux, Terrier et Berger.

Candidats : MM. Mauclaire et Banzet.

2° *Clinicat médical des maladies des enfants et des maladies cutanées et syphilitiques.* — *Juges :* MM. Hayem, Fournier, Grancher, Dieulafoy et Debove.

Candidats : a) Clinicat médical : MM. Renou, Tissier, Charrier, Laporte et Thiercelin. — *b)* Clinicat des maladies des enfants : MM. Zuber, Renault et Thiénot. — *c)* Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Emery et Gastou.

Stage hospitalier. — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-97 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'anné scolaire 1896-97, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de médecine de Paris. Savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e (régime de 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1896 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dos-

sier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire.

Inauguration de l'Institut anatomique de Nancy. — Le ministre de l'Intérieur a inauguré dimanche le nouvel Institut anatomique de la Faculté de Nancy, et l'Institut sérothérapique destiné à fournir le sérum antidiphérique à nos départements de l'Est.

Le Préfet de la Seine vient d'adresser à tous les médecins-inspecteurs des écoles, une circulaire prescrivant que pour la réadmission en classe des enfants qui auraient été atteints de diphtérie, le médecin-inspecteur devra joindre à son certificat une attestation délivrée par le service bactériologique de la Ville de Paris, constatant que ces enfants ne portent plus de bacilles de Lœffler.

Médecine navale. — Un concours sera ouvert à Toulon, le 3 août prochain, pour l'emploi de professeur de bactériologie à l'école d'application des médecins stagiaires pour remplacer M. le médecin de 1re classe du Bois Saint-Sévrin, démissionnaire.

La « Croix verte ». — On possédait déjà la « Croix rouge » (soins et transports des malades sur les champs de bataille) et la « Croix blanche » (soins aux militaires malades ou convalescents). Il vient de se créer à Vienne une nouvelle société de la « Croix verte ». La Croix verte est une société de sauvetage et de secours aux alpinistes et simples excursionnistes amateurs des hautes cimes. La nouvelle société est une création du « Club Alpin Autrichien », qui a installé sur différents points des hautes montagnes, sur les glaciers, etc., des chalets ou des petits réduits bien abrités contenant des boites de secours. Des cours pratiques et théoriques sont faits par des médecins aux guides, et ceux ci sont exercés à appliquer des attelles, faire des pansements antiseptiques. (*Gazette hebdom.*)

L'ancienne Faculté de médecine rachetée par la Ville de Paris. — On lit dans le *Bulletin officiel des Syndicats médicaux de France* :

« L'ancienne Faculté de médecine, située au coin de la rue de la Bûcherie et de la rue de l'Hotel-Colbert, vient d'être rachetée par la Ville de Paris. Ce monument historique, d'une si grande valeur artistique et d'un si précieux souvenir pour nous, médecins, pourra enfin échapper aux tristes destinations que le hasard et l'indifférence générale lui avaient laissé donner.

« Une fois restauré, ce superbe monument des XVe et XVIIIe siècles, recevra, nous l'espérons, une affectation médicale. Les uns voudraient y voir un musée d'hygiène; le Syndicat de la Seine souhaite qu'on y fonde un musée d'anthropologie criminelle; l'important est que notre vieille Faculté soit sauvée et que le berceau du corps médical parisien soit à l'abri d'une destruction imminente.

« Ce n'est pas tout; l'acquisition de l'ancienne Faculté est pour nous un résultat précieux : c'est le couronnement d'une longue et pénible campagne, de démarches sans cesse renouvelées, au nom du Syndicat des médecins de la Seine, par son fondateur et président d'honneur, M. le Dr Le Baron. La presse médicale parisienne s'est plu à reconnaître à M. Le Baron le mérite d'avoir arraché l'amphithéâtre de Vinslow à la pioche des démolisseurs. Mais ce qui vaut mieux et ce que nous devons à M. Le Baron, c'est le rare exemple de ce que peut la volonté tenace d'un homme qui ne désespère jamais et poursuit sans cesse la route qu'il s'est tracée, quel que soit l'éloignement du but. Son enthousiasme et sa persévérante volonté, joints à toutes les qualités qui font de lui un parfait homme du monde, ont reçu là leur récompense. Aussi, nous qui l'avons vu à l'œuvre, nous avons le droit de lui dire, *sans flatterie*, que le résultat obtenu par le Syndicat de la Seine est bien dû à lui et que son nom restera attaché à l'histoire de ce monument exhumé, comme à celle du Syndicat des médecins de la Seine dont les membres devront, à jamais, pour ne pas mériter le nom d'ingrats, garder un reconaissant souvenir de leur fondateur, M. le Dr Le Baron. »

Fréquence des suicides parmi les médecins russes. — Une statistique récente signale la fréquence des suicides parmi les médecins russes. Le plus grand nombre de ces suicides s'observe entre vingt-cinq et trente-cinq ans.

La situation précaire des médecins en Russie paraît être la cause principale de cette épidémie de suicides.

La pléthore médicale n'est pas moindre dans les grandes villes de l'empire russe qu'en France. On voit parfois un médecin donner des consultations de 8 heures du matin à 11 heures du soir, pour gagner à ce dur métier 600 roubles par an.

En outre, les dispensaires publics, les consultations gratuites organisées par les municipalités, viennent encore restreindre la clientèle payante. Comme un peu partout actuellement, en même temps que le nombre des médecins augmente, le nombre des malades à honoraires diminue.

Très sombre, l'avenir de la profession médicale.

Ce que peut coûter à l'État une famille d'alcooliques. — Une femme meurt, au commencement de ce siècle, alcoolique. Sa postérité jusqu'à nos jours a compté 834 individus.

On a pu reconstituer l'existence de 709 d'entre eux, et voici les résultats notés par le professeur Pellmann, de Bonn.

106 étaient nés hors du mariage ; 162 ont été mendiants ; 64 ont vécu comme pensionnaires dans les dépôts de mendicité ; 181 femmes sont devenues filles publiques ; 76 ont été condamnés pour délits graves ou tentatives criminelles ; 7 ont été condamnés pour meurtre.

En 75 ans, cette famille, pire à coup sûr que celle des Rougon-Macquart, a coûté à l'État allemand en secours d'indigence, entretien dans les prisons et dommages causés, la somme totale de 6,250,000 francs. (*Médecine mod.*)

Loi à propos des poisons. — Dans l'État de New-York, une loi vient d'astreindre les pharmaciens à mettre sur les étiquettes des bocaux contenant des poisons, l'indication des contre-poisons, reconnus les plus actifs dans chaque cas.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 28. L'UNION MÉDICALE 11 Juillet 1896.

SOMMAIRE

DE LA SUTURE DITE AMÉRICAINE

On se souvient de la communication faite à la Société de Chirurgie par M. Pozzi, à son retour d'Amérique. Elle avait pour but de montrer à ses collègues une suture intra-dermique employée à l'hôpital de John Hopkins, de Baltimore, suture intra-dermique qui avait les avantages suivants : de laisser après elle une cicatrice linéaire à peine visible et débarrassée de ces sillons longitudinaux formée par les fils profonds et déterminant dans la peau des traces indélébiles.

Il y avait un grand avantage dans les laparotomies à signaler ce petit point particulier d'esthétique, et cette suture fut faite par un grand nombre de chirurgiens qui l'emploient depuis et qui n'ont qu'à s'en louer.

Le seul reproche qu'on pourrait lui faire, c'est d'être d'une exécution un peu délicate et de demander un peu plus de temps que la suture à points passés ordinaires, mais ses autres avantages sont tellement considérables qu'elle s'impose sur toutes les parties exposées aux regards et notamment dans les plaies de la face, ou bien les autoplasties faites pour réparer sur cette région anatomique les pertes de substances pratiquées par le chirurgien.

Eh bien! cette suture, baptisée du nom de suture américaine, par M. Pozzi, avait été inventée par un chirurgien français, par le grand Chassaignac, comme M. Daurand a pu s'en convaincre dans des recherches récentes faites pour sa thèse.

En effet, ce procédé de suture est décrit par Chassaignac, non seulement dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1852, mais encore dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, dans un mémoire très complet, intitulé : « Sur une nouvelle suture ».

Voilà comment s'exprime l'inventeur du drainage :

« Cette suture consiste en une faufilure alterne comprenant à la partie profonde de la peau les couches intérieures du derme. Le fil une fois passé est tiré par ses deux extrémités et maintenu tendu par une bandelette circulaire recouverte d'un pansement au sparadrap. »

Pour Chassaignac, la suture se recommande par les garanties qu'elle offre contre l'infection des plaies, l'érysipèle, en particulier. Et de fait, chez un jeune homme blessé d'un coup de couteau à la cuisse, la cicatrisation s'était faite par première intention, au bout de huit jours, nous dit-il, le fil de la suture ayant été retiré après vingt-quatre heures.

M. Poncet, dans la séance du 1er juin 1896 de la Société médicale de Lyon, propose de changer le nom de suture américaine en celui de *suture de Chassaignac*, ce qui nous paraîtrait en effet plus équitable.

Les nœuds d'arrêt du fil sont difficiles à faire, à

FEUILLETON

« Les sélections sociales »

Ce titre est à la fois celui d'un cours libre professé à Montpellier par M. G. Vacher de Lapouge et du livre dans lequel le professeur a publié ses idées; livre fort intéressant par lui-même, plus intéressant encore par le rôle que l'auteur a su donner, dans une étude de sociologie, à la science biologique elle-même. L'intervention de la doctrine évolutive dans des questions de ce genre, en élève beaucoup la portée et donne aux idées qui sont la conclusion du livre et sa raison d'être, une force dont on ne peut se refuser à reconnaître la valeur, encore qu'on soit obligé d'élever quelques réserves à propos de telle ou telle de ces conclusions.

Dans le cadre d'une causerie qui doit rester brève et légère, il est impossible de discuter les théories hardies que ce livre contient. Je me bornerai donc à en exposer quelques-unes sommairement et presque sans commentaires. La critique en sera aisément faite par vous, cher confrère, au cours de votre rapide lecture, et au gré de vos tendances et de vos opinions personnelles. Quelques réflexions, d'ailleurs, que cet exposé, fait en courant, suscite en votre esprit, il en est une qui s'impose, je crois, parmi toutes les autres, c'est que si M. G. Vacher de Lapouge a fait preuve de hardiesse, il a fait preuve aussi de beaucoup de bonne foi, d'un certain courage et d'une grande indépendance. A ce titre, son œuvre s'est d'avance acquis les sympathies des hommes même dont les vues ne concordent pas avec les siennes.

A ses yeux, l'évolution sociale présente à considérer une double forme : la forme collective et la forme sélective.

Dans le premier cas, l'ensemble des éléments sociaux se trouvant soumis aux mêmes influences de milieu, de climat, se modifient tous à la fois et lentement dans le même sens. Cette première forme serait plus que rare, plus qu'exceptionnelle, au point qu'on pourrait la considérer comme presque théorique, comme une possibilité entrevue par l'esprit, mais non réalisée dans la pratique.

cet effet, certains chirurgiens emploient un petit morceau de plomb analogue au tube de Galli; on peut encore se servir tout bêtement d'un petit rouleau de gaze iodoformée, matière qu'on a toujours sous la main et qui ne demande pas de stérilisation spéciale.

Et voilà comment, bien des choses trouvées en France sont obligées de passer par l'étranger pour etre connues et appréciées dans leur pays d'origine.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

M. le docteur Touche vient d'écrire sa thèse sur un point particulièrement intéressant, le **traitement de l'anus contre nature par l'application du bouton de Murphy**, et nous indique les différents procédés qui peuvent être employés.

L'anastomose de l'intestin à l'intestin peut se faire soit en dehors, soit en dedans du péritoine. L'anastomose extra-péritonéale est souvent un procédé de nécessité, et le chirurgien y a recours lorsque les adhérences du pourtour de l'anus sont trop nombreuses et trop solides, pour qu'il puisse songer à les détacher; on évite ainsi, il est vrai, les chances de péritonite; mais cet avantage est souvent combattu par la difficulté que l'on éprouve à placer le bouton et à le serrer, et par la formation secondaire fréquente d'un foyer stercoral et d'une fistule consécutive. L'anastomose intra péritonéale constitue le procédé de choix, bien qu'ayant déjà à son actif un certain nombre de cas de mort. Il faudra redoubler de soins avant de placer le bouton de Murphy, étant donné qu'on agit en un point éminemment infecté. On circonscrit et on dissèque l'orifice anormal en évitant l'issue de matières; ou mieux encore, en pratiquant une incision médiane, on cherche à amener au dehors par cette incision le trajet fistuleux et l'intestin lui-même. Les bords de la plaie, protégés par des compresses aseptiques, on libère complètement l'intestin de ses adhérences, et on l'attire à l'extérieur; on continue ainsi l'opération hors du ventre; il ne reste qu'à aviver les bords de la muqueuse intestinale, ou à réséquer une quantité variable d'intestin, avant de placer le bouton; si l'on craint que le bouton ne soit pas serré suffisamment ou ne vienne à se désunir, on peut établir sur la paroi intestinale une suture de soutien.

M. Touche n'a pu réunir que 28 cas d'anus contre nature, traités par l'anastomose, à l'aide du bouton de Murphy. Bien que la mortalité s'élève pour ces cas à 32 °/₀, elle est inférieure à celle que donne la résection de l'intestin suivie de la suture simple; il est donc permis de penser que, dans ces cas fort difficiles à traiter, sinon à guérir, la chirurgie se trouve en possession d'une méthode thérapeutique nouvelle, et qui promet plus qu'elle n'a encore tenu.

— Rapprochons de la thèse de M. Touche un travail de Graff, paru dans les *Archiv. fur Klin. Chir.*, sur ce même bouton de Murphy.

L'auteur s'appuie sur l'étude de 25 cas de gastro-entérostomie ou de résection intestinale opérés dans le service de Scheede, dans lesquels la suture a été remplacée par le bouton de Murphy.

Ces 25 cas comprennent : 5 cas de gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle du pylore, avec 5 guérisons; 8 cas de gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse, avec 3 guérisons et 5 morts survenues du premier au quatrième jour après l'intervention; 6 résections de l'intestin cancéreux avec 3 guérisons

La seconde forme, véritable mise en œuvre du fameux *struggle for life*, pourrait se formuler ainsi : étant donné les conditions d'existence d'une société humaine, quelques-uns de ses éléments sont seuls organisés assez puissamment pour résister aux causes de destruction et créer une postérité. Cette deuxieme forme de sélection n'est pas seulement plus fréquente; elle est plus efficace en ce qu'elle est plus prompte; mais elle est beaucoup plus dispendieuse, elle exige le sacrifice d'innombrables vies humaines et on peut lui appliquer un principe fameux de mécanique en le transformant à peine : « elle perd en existences ce qu'elle gagne en vitesse ».

Les peuples ne périssent pas, comme les individus, par l'insensible passage de l'enfance à la vieillesse, mais par l'absorption de leurs meilleurs éléments par des éléments étrangers et inférieurs à eux. Ce n'est point une transformation, au vrai sens du mot; c'est une élimination par substitution. Il faut lire les pages où, à la lumière de cette idée, M. Vacher de Lapouge étudie la décadence romaine et la dépréciation du titre de citoyen romain : « Quand, de naturalisation en naturalisation, la cité romaine se fut étendue à tous les peuples, quand Bretons, Syriens, Thraces et Africains furent affublés du titre de citoyen, trop lourd pour leur courage, les Romains de race avaient disparu. » Déjà, quand Cicéron déplorait l'affaiblissement des vertus romaines, les Romains de souche étaient rares dans la cité où « pour un descendant corrompu des Quirites, on trouvait dix Latins et dix Étrusques. »

De même que la pullulation d'éléments inférieurs entraine une déchéance, de même, la multiplication des bons éléments peut amener un relèvement, une amélioration de l'ensemble. Et c'est par un fait de ce genre, la prolifération des dolichocéphales blonds et l'élimination des brachycéphales bruns, que l'auteur explique le merveilleux perfectionnement du peuple anglais, qu'il suit dans l'histoire depuis le début de leur expansion, qui coincide avec les premiers essais de navigation, jusqu'à leur débordement actuel devenu déluge, au point que l'on peut dire que le globe entier est devenu anglais et qu'à part « quelques déserts de sables ou de glaces dédaignés par l'Anglo-Saxon, il a tout pris, tout conquis, tout colonisé, et que, d'un pôle à l'autre, il est chez lui. »

et 3 morts, dont 2 vingt-quatre et quarante-huit heures après l'intervention, et 1 quatre semaines après l'opération par péritonite; 4 résections pour hernies gangrénées, avec 2 guérisons et 2 morts, dont 1 deux heures après l'intervention, et l'autre quatre jours après l'opération; 1 résection pour plaie de l'intestin qui a guéri.

En résumé, 11 cas de mort sur 25 opérations, résultat qui ne semble pas très brillant. Mais si l'on étudie chaque cas en particulier, on constate que la mortalité est imputable à l'opération, et nullement au bouton.

C'est ainsi que sur les 5 morts des gastro-entérostomies pour cancer, on trouve : 1 cas de mort par péritonite dont l'origine ne tenait sûrement pas au bouton; 1 cas par hémorragie d'une branche de l'artère mésentérique; 1 cas de mort par dégénérescence graisseuse du cœur; 1 cas de mort chez une femme presque inopérable. Dans tous ces cas, le bouton était en place et fonctionnait bien. Dans un cas pourtant, le bouton, trop gros, obstruait le duodénum, si bien que la bile refluait dans l'estomac. Pour parer aux inconvenients d'une distension considérable de l'estomac, on essaya d'évacuer le contenu intestinal, mais aussitôt que la sonde pénétra dans l'estomac, le malade tomba foudroyé. A l'autopsie, on ne trouva pas l'explication de cette mort subite.

Sur les cinq morts survenues après la résection de l'intestin, quatre fois le décès a été amené par le collapsus; dans le cinquième cas, il s'agissait d'une péritonite par perforation, survenue quatre semaines après l'intervention, et qui s'était produite au niveau de l'abouchement. Le bouton fut retrouvé plus bas, dans le rectum, et ne pouvait, par conséquent, être rendu réparable.

Sur les quinze malades qui ont survécu, le bouton n'a été rendu que par huit, douze à trente-quatre jours après l'intervention. Dans deux cas, le bouton a été retrouvé plus tard, à l'autopsie, dans l'estomac et dans le rectum.

L'auteur insiste sur l'utilité d'une suture séro-séreuse par dessus le bouton placé, laquelle suture a été faite dans tous les cas, mais, il faut l'avouer, allonge l'opération et est contraire à la méthode qui a pour but d'abréger l'acte opératoire.

— Donnons, d'après la *Presse médicale*, l'analyse d'un travail de Emilio Meynier, paru dans le *Policlinico*, et intitulé : **traitement de la tuberculose chirurgicale par les injections hypodermiques de teinture d'iode**, ou, ce qui est encore appelé la méthode de Durante.

Voici la conclusion de ce travail :

1° La méthode du professeur Durante, dans le traitement des affections tuberculeuses ganglionnaires, osseuses et articulaires, doit être considérée comme une acquisition précieuse par la thérapeutique chirurgicale.

2° Les injections d'iode sont admirablement supportées par les enfants, chez lesquels il ne faut pas dépasser 0,03 centigrammes d'iode par jour; le traitement doit être suspendu, dès que l'on aura constaté les premiers phénomènes d'intolérance.

3° Les injections seront faites, suivant les cas, dans le foyer même, autour du foyer, à une certaine distance de celui-ci, ou bien dans l'articulation; elles doivent être intra-musculaires, parce que, si elles sont superficielles, elles déterminent des ecchymoses suivies d'eschares, d'où il résulte des solutions de continuité vastes et profondes.

4° Pour obtenir des effets utiles de cette médication, il faut élever progressivement la concentration

---

Cette manière d'envisager l'histoire ne manque ni de grandeur, ni de vérité, ni d'utilité. Elle en fait, somme toute, le développement de la vie des races, et la race y trouve une définition, non plus théorique et idéale, mais pratique et vraie. Car, si la race est un ensemble d'individus présentant en commun une somme héréditaire de caractères physiques et psychiques, il n'y a plus de races pures à la surface du globe; parce qu'il n'y a plus un homme qui n'ait dans les veines quelques gouttes de sang étranger.

Mais quand ce mélange est en proportions telles qu'un élément du mélange ait, sur les autres, une prédominance extrême, on peut assimiler l'individu ou le groupe d'hommes qui le présente à un type ou à un groupe de race pure.

Le même raisonnement conduit à considérer comme une population pure celle où le nombre des sujets présentant les caractères de la race pure est en telle majorité que les autres sont, en quelque sorte, noyés dans la masse. L'on voit de suite combien la race zoologique diffère de la race linguistique ou de la race politique, et quelle confusion on fait trop souvent en assimilant légèrement ces deux dernières à la première.

C'est en partant de ce point de départ que M. de Lapouge en vient à considérer chaque nation comme constituée par des couches superposées où les divers éléments de la population sont mélangés suivant des rapports divers. A mesure qu'on s'élève des couches inférieures vers les autres, la proportion des éléments de valeur augmente par rapport aux éléments de moindre qualité. « Si l'on étudie un peuple en progrès, les couches supérieures vont en s'enrichissant d'éléments supérieurs; si le peuple est en décadence, l'uniformité tend à s'établir et les éléments supérieurs tendent à disparaître partout ». Les doctrines égalitaires, aujourd'hui en vogue, s'accommoderont mal d'une pareille conception, « ar si celle-ci est autre chose qu'une hypothèse ingénieuse, on voit à quels résultats peut conduire le débordement de la démocratie. Il ne va à rien moins qu'à diminuer, jusqu'à l'annihiler, le nombre des « familles eugéniques », de celles qui produisent plus fréquemment que les autres des hommes au dessus du niveau ordinaire. C'est alors le nivelage, mais le nivelage par en bas, celui-

de la solution iodée; dans les cas compliqués de suppuration, on devra d'abord la combattre par une antisepsie rigoureuse.

5° Dans la tuberculose ganglionnaire, la méthode de Durante peut suffire seule et éviter ainsi l'énucléation des ganglions malades, ce qui est un grand avantage, étant donné que l'énucléation est suivie très souvent de récidives. L'iode agit d'abord en diminuant l'infiltration périglandulaire et en ramollissant les ganglions malades; 20 injections environ suffisent pour amener ce résultat; la solution complète est obtenue avec 50 injections en moyenne.

6° Dans plusieurs affections tuberculeuses, osseuses et articulaires, la méthode de Durante est d'une efficacité incontestable : elle suffit pour amener la guérison, dans nombre de cas d'ostéomyélite tuberculeuse avec trajets fistuleux du tarse, du carpe et des phalanges; elle ne réussit pas dans la tuberculose des grandes articulations, surtout si les arthrites se compliquent d'une suppuration abondante.

7° La méthode de Durante, associée, dans quelques cas, à de petites opérations, peut épargner de graves interventions chirurgicales; associée au traitement orthopédique, elle est d'une incontestable utilité, dans les synovites et les ostéomyélites à la première période.

8° Cette méthode est des plus utiles dans les ulcérations tuberculeuses du tégument cutané et dans les fistules consécutives aux abcès symptomatiques.

9° Elle a une action favorable très nette sur l'état général; elle détermine constamment une augmentation de poids.

10° Chez les malades soumis à cette médication, l'apyrexie est constante; d'autre part, la méthode de Durante détermine un abaissement de la température qui atteint son maximum, trois heures après l'injection; cet effet n'est pas obtenu dans les cas de suppuration exagérée.

11° L'iode n'a pas d'action spécifique sur le bacille de la tuberculose; il agit en augmentant les échanges organiques, en relevant la vitalité des tissus, en accélérant les métamorphoses et l'élimination des produits des agents pathogènes, en augmentant la résistance des tissus contre le micro-organisme spécifique, en atténuant les toxines élaborées par ce microbe et, peut-être dans certains cas, en recouvrant le foyer tuberculeux d'une néo formation cicatricielle; en outre, il jouit de propriétés antifermentescibles.

12° La guérison obtenue à l'aide de la méthode de Durante promet, au point de vue de sa persistance, de ne pas être inférieure à celle que donnent d'autres procédés chirurgicaux, ces derniers pouvant être suivis de récidives plusieurs années après l'intervention.

— M. Evenhoff nous donne, dans le *Wratch*, un travail sur l'**action de la strychnine dans le collapsus chloroformique.**

L'arrêt du cœur est une des causes les plus importantes du collapsus, au cours de l'anesthésie par le chloroforme; la paralysie du centre vaso-moteur, provoquée par ce dernier, amène la chute rapide de la pression sanguine, et cette chute, en privant le muscle cardiaque de son excitant, est une des causes de l'arrêt du cœur. En se basant sur des expériences, le professeur Bobroff a proposé de faire, en cas d'affaiblissement du pouls au cours du sommeil chloroformique, des injections sous-cutanées de chlorure de sodium. Wood recommande de recourir, en cas de collapsus chloroformique, à la strychnine.

---

qui rabaisse quelques-uns, sans faire monter personne. Que des peuples puissent en périr, c'est une conséquence qui paraît malheureusement trop évidente.

Cette crainte serait évidemment chimérique si la sélection naturelle continuait à s'exercer parmi les hommes, comme e le s'y exerçait aux premiers âges de l'humanité, comme elle s'exerce encore chez la plupart des espèces animales. L'avenir appartiendrait sûrement aux plus robustes, aux mieux doués, aux plus intelligents. Mais la vie en société a modifié cela. Et désormais, et depuis longtemps déjà, la sélection sociale, suivant l'expression de M. de Lapouge, s'est substituée à la sélection naturelle. Or la sélection sociale agit de telle façon que par la force même des choses, elle arrive à multiplier les médiocres.

Pour le démontrer, l'auteur passe en revue toute une série de modes de sélection et, si l'on ne peut accepter toutes ses données, on est cependant obligé de reconnaître que sur beaucoup de points il a raison.

Voici, par exemple, ce qu'il appelle la sélection militaire. Celle-là a pu avoir autrefois son bon côté. Elle l'a peut-être encore (bien qu'il n'y paraisse guère) chez les peuplades sauvages où la guerre, presque permanente, détruit surtout les faibles. Mais il en va tout autrement chez les civilisés, où la guerre détruit surtout les forts, puisque les autres n'y figurent point. De là, diminution de la natalité, puisque nombre de procréations possibles sont supprimées, et déchéance des procréés, puisque la qualité des générateurs restants est abaissée. Ces déductions sont inattaquables au point de vue du raisonnement. Elles sont inattaquables aussi au point de vue des faits, qui leur ont trop malheureusement donné raison au moins deux fois en ce siècle.

Si toutefois la sélection militaire n'avait que ce mode d'action, on pourrait ne pas s'en préoccuper outre mesure (les deuils et les ruines qu'elle entraîne étant mis à part), car elle n'intervient plus souvent de cette manière et il est permis d'espérer qu'elle interviendra de plus en plus rarement. Mais elle agit incessamment sur la dépopulation des campagnes et sur le développement corrélatif des grandes villes par les habitudes qu'elle crée chez les jeunes soldats des villes de garnison, qui ne peuvent plus supporter la monotone simplicité de leur ancienne existence

M. Evenhoff a fait des expériences sur la strychnine :

Après s'être assuré que les animaux choisis (chiens) supportaient très mal le chloroforme, on les curarisait, on leur pratiquait la trachéotomie et on introduisait dans le larynx un tube en communication avec un flacon qui contenait un peu de chloroforme. La respiration artificielle était faite de telle sorte que l'air passait par ce flacon et pouvait, à volonté, être chargé ou non de chloroforme. On notait la pression avant la chloroformisation, puis on injectait l'air chargé de chloroforme et, quand la pression tombait à 0, on injectait de l'air pur et on faisait une injection intra-veineuse de strychnine (2 à 3 milligrammes). Lorsque la pression atteignait ensuite la normale, l'animal recevait de nouveau des inhalations de chloroforme jusqu'à une nouvelle chute. De cette façon, on pouvait comparer l'action du chloroforme avant et après l'injection de strychnine. Il résulte de ces expériences que, grâce à ces injections, les chiens qui, en général, supportent le chloroforme assez mal, pouvaient le supporter sans inconvénient un temps beaucoup plus long que sans les injections. *L'action favorable de la strychnine sur la chloroformisation était donc ainsi démontrée.*

La strychnine a cependant aussi deux inconvénients : c'est, d'une part, la possibilité de pouvoir provoquer un accès tétaniforme ; l'autre est que la strychnine, à la dose employée par M. Evenhoff, augmenterait les hémorragies dans les parenchymes.

— Terminons, en résumant une belle observation du Dr Rougier, parue dans la *Gazette des hôpitaux* et intitulée : **coup de feu de l'abdomen, perforation du foie et du gros intestin, péritonite généralisée, laparotomie, guérison.**

Le 6 juillet 1895, vers midi, un jeune berger indigène, âgé de quinze ans, Dj. ben Br..., s'amusait à courir après la diligence allant de Téniet el-Haâd à Affreville, quand un voyageur lui tira un coup de revolver calibre 7, à la distance de 4 mètres, et l'atteignit au *flanc droit*. L'enfant tomba sur le coup et fut transporté le lendemain soir, vers cinq heures, à l'hôpital de Téniet el-Haâd.

Le trou d'entrée de la balle siège à 4 centimètres au-dessous du sein et un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Il est régulier et recouvert d'une légère croûte. L'hémorragie externe a été insignifiante. Nulle part, on ne voit d'orifice de sortie. Le ventre est ballonné et douloureux dans toute son étendue. Le pouls est bon et régulier. T. 38°8. Quelques légers vomissements. Le malade ne paraît pas très affaissé. Traitement : diète absolue. Une pilule d'opium à 5 centigrammes. Enveloppement ouaté de l'abdomen.

7 juillet, T. 39°5, P. 90. — La nuit a été agitée. L'état général est le même que la veille, mais le ventre paraît plus douloureux. Le blessé a uriné un peu.

Pas de selles. En raison du trajet du projectile et des symptômes généraux, on porte le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation du foie, peut-être de l'intestin, et péritonite généralisée. La laparotomie immédiate est décidée et pratiquée avec l'assistance de notre confrère civil, quarante heures après l'accident.

L'incision faite sur la ligne médiane a une longueur de 12 centimètres avec l'ombilic pour centre. Les diverses couches de la paroi sont incisées sur la sonde cannelée, et l'hémorragie est arrêtée avec soin avant l'ouverture du péritoine. Ce dernier est congestionné et les anses intestinales sont plongées

---

quand, au retour dans leurs foyers, ils la comparent à celle des cités.

Or, ce déplacement de la population, on en sait bien, de nos jours, les redoutables dangers.

Il y a autre chose de plus grave encore peut-être. Dans les plaisirs ou, pour mieux dire, dans les débauches faciles des villes militaires, combien de jeunes gens, souches des familles futures, contractent la syphilis ? Et, parmi eux, combien, sans souci du péril, engendrent des descendants tarés dès la conception, infligent aux femmes la triste stérilité qui suit l'infection ? Voilà une cause effroyable de dégénérescence pour la race, cause que nous connaissons bien, mais dont nous sommes presque les seuls à apprécier la redoutable gravité. Non, M. de Lapouge n'exagère pas en signalant la sélection militaire comme un des principaux facteurs d'épuisement pour les nations.

La sélection politique ne m'apparaît pas comme aussi clairement funeste, à moins de la considérer d'un point de vue tellement élevé, que les objets se confondent et se brouillent un peu devant le regard. S'il est vrai, comme on l'a supposé plus haut, que les classes sociales ne sont pas biologiquement identiques les unes aux autres, si elles correspondent chacune à une réalité anthropologique différente et de qualité inférieure, à mesure qu'on descend vers les couches les plus profondes, il est sûr que la prédominance que celles-ci prennent, et l'absorption par elles des couches élevées, est un malheur et un desastre. Mais le tout est de savoir si ces différences anthropologiques sont hypothèse ou vérité, et si le fameux « eugénisme » des classes d'en haut tient à la nature des éléments dont elles sont formées, ou aux conditions d'existence dans lesquelles elles ont vécu. Car si l'influence de la race sur les qualités de la descendance est certaine, l'influence du milieu sur les qualités de la race ne l'est pas moins

Je veux bien accorder cependant, que cette action de la politique joue un déplorable rôle dans la sélection sociale. Mais il m'est impossible de souscrire au reproche que fait l'auteur à la morale d'être aussi une source de dépérissement des sociétés et, comme la sélection militaire, de favoriser surtout les médiocres ; d'admettre avec lui — sauf à titre de curieux paradoxe — que la haute vertu est une mauvaise condition pour prospérer et laisser une descen-

dans le sang. En recherchant le trajet de la balle, on constate qu'elle a pénétré dans le foie, de baut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Elle est ressortie à la face antéro-inférieure de cet organe, où l'on voit le trou de sortie très net et obturé par un caillot.

La balle a pénétré ensuite dans le gros intestin, à la partie antéro-externe du côlon ascendant et un peu au-dessous de son union avec le côlon transverse. A ce point, on trouve des adhérences encore fragiles qui obturent l'orifice intestinal, adhérences qui sont respectées avec soin. Mais, malgré l'examen minutieux de cette portion jusqu'à la valvule iléocæcale, on ne constate pas d'orifice de sortie. Pour plus de sûreté, on dévide dans toute son étendue l'intestin grêle qui est trouvé sain. La balle semble donc être restée dans le côlon.

La cavité abdominale est débarrassée du sang qu'elle contient (environ un demi-litre), puis lavée avec une solution tiède de chlorure de sodium à 6 °/₀ et à la température de 38 degrés. Le péritoine étant refermé, on fait un double étage de sutures à la soie et finalement une suture cutanée au crin de Florence. Durée de l'opération : une heure et quart.

La guérison a été obtenue, et pourtant il s'était écoulé plus de vingt-quatre heures entre l'accident et l'intervention. Mais il faut remarquer qu'ici il n'y avait pas de lésion de l intestin grêle.

Sursis des candidats à l'internat. — Les candidats à l'Internat qui désireraient obtenir un sursis pour la période de vingt-huit jours qu'ils sont appelés à accomplir au mois de septembre, devront adresser leur demande au ministre de la guerre. Celles-ci devront être envoyées avant le 15 juillet, dernière limite, à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu Annexe, 33, rue de la Bûcherie, pour être remises toutes ensemble à M. le Dr Labbé, sénateur, qui les adressera directement au ministre.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1896

M. Lannelongue a appliqué « *la méthode sclérogène* » *au traitement de la hernie inguinale* chez cinq enfants. Voici la technique opératoire qu'il a suivie :

Après anesthésie du malade et antisepsie de la région, un aide place ses doigts au niveau de l'orifice inguinal profond pour éviter toute effusion de liquide dans le péritoine. On injecte alors une solution de chlorure de zinc au 1/10e autour du canal inguinal et de son orifice externe ; cinq piqûres de cinq à six gouttes chacune suffisent : deux en dehors, deux en dedans, une en bas.

Il faut éviter le cordon, que l'on récline au moment de l'opération. On fait ensuite un pansement compressif.

Comme résultats immédiats de l'opération, on note un gonflement énorme de toute la région, s'étendant en profondeur jusqu'au péritoine, dur, scléreux, adhérent à l'os et à la peau, effaçant le canal inguinal ; il se fait une vaginalité séreuse d'abord, plastique ensuite, qui témoigne de l'oblitération du canal vagino-péritonéal et du sac herniaire.

Les enfants se lèvent au bout de huit jours et quittent l'hôpital quelques jours après. Si on les examine, on trouve un canal inguinal oblitéré dans lequel le doigt déprimant le scrotum ne peut pénétrer ; au moment de la toux, on ne trouve pas la moindre impulsion herniaire.

— M. Dieulafoy vient ensuite faire devant l'Académie le plus bel éloge qui puisse être fait de la nouvelle méthode indiquée récemment par M. Widal pour *le diagnostic de la fièvre typhoïde*. Il montre, en effet, quel parti on pourra tirer en clinique du *sérodiagnostic*, ainsi que l'a nommé M. Widal. On saura désormais ce qu'il faut penser de ces fièvres, tour à tour appelées fièvre synoque, fièvre gastrique, fièvre saisonnière, fièvre muqueuse, typhoïdette, autant de maladies fébriles infectieuses qui, suivant les doctrines du moment, allaient grossir ou alléger le bilan de la fièvre typhoïde.

Combien de questions vont être éclaircies et combien

---

dance florissante. Qu'elle ne soit point utile pour faire promptement et facilement une grande fortune, j'en conviens volontiers. Mais la grande fortune est-elle une supériorité solide, et la descendance dont elle dore les berceaux en vaut-elle mieux ? en est-elle plus robuste ? plus intelligente ? Que d'exemples et d'exemples bruyants du contraire !

N'est-ce pas un paradoxe aussi de prétendre que notre morale sexuelle, qui est celle du christianisme, et que caractérise surtout, pour M. Vacher de Lapouge, l'exagération de la décence, a fait plus de mal à l'humanité que la peste et la guerre ? Le piédestal où le christianisme a juché la chasteté a-t il éliminé vraiment un nombre assez grand de reproducteurs pour qu'on puisse chiffrer le préjudice que le genre humain en a supporté ? Je pense que l'excès contraire a causé de tout autres désastres et qu'a bien réfléchir, si l'on pouvait choisir de supprimer l'un des deux fléaux, ce n'est pas la morale, mais l'immoralité qu'on s'empresserait, avec raison, de sacrifier.

On se prend vraiment à faire un grief à l'auteur d'un fort beau livre, d'y introduire sans nécessité de pareilles exagérations et de véritables puérilités dans le genre de celle-ci que je formule en deux mots : « L'exagération de la décence, amenant l'horreur du nu, a conduit à négliger l'usage des ablutions fréquentes. D'où un accroissement des causes morbides, ou du moins des chances qu'on a d'en être victime. De là, peut-être, multiplication favorisée des brachycéphales, race inférieure, qui aurait une plus grande résistance à la perte de la respiration cutanée. »

Comme conséquence de notre morale sexuelle, la monogamie serait à signaler parmi les influences tendant au dépérissement des races. La polygamie, en effet, favorise la sélection ; elle est à l'origine des races molles. Ceci est, à coup sûr, plus sérieux que ce qui précède. Je crois pourtant que peu de gens partageront cette opinion. Les exemples qui subsistent par le monde, y compris les Mormons d'Amérique, ne sont pas pour donner beaucoup d'appui à la thèse qui soutient la polygamie.

Quelles conclusions M. de Lapouge a-t-il tirées de sa longue étude ? Elles ne sont point optimistes et peuvent se résumer ainsi : « L'avenir n'est pas aux meilleurs, tout au

d'erreurs évitées ! Il n'est besoin que de citer les grippes infectieuses, le pneumo-typhus et la pneumonie typhoïde, l'endocardite à forme typhoïde, la granulie, le typhus ambulatorius, levissimus, abortif, la méningite, le typhus cérébro-spinal, l'infection palustre à forme typhoïde.

« Elle est donc, dit en terminant M. Dieulafoy, complètement rétablie dans sa clarté éblouissante cette spécificité de la fièvre typhoïde, œuvre de l'école française, que nos grands maîtres Bretonneau et Trousseau nous avaient enseignée et nous avaient léguée » (1).

— A la fin de la séance, M. DEBOVE a lu un rapport dont la conclusion est qu'il n'y a pas lieu d'accorder le prix Saint-Paul.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. TERRIER commence par faire quelques remarques sur la cholécystogastrostomie. Il cite l'observation d'un homme chez lequel l'abouchement de la vésicule à l'intestin n'étant pas possible, il fit une bouche de la vésicule à l'estomac. Cet homme alla bien quelque temps, mais ne tarda pas à se cachectiser et il mourut.

L'autopsie démontra un cancer généralisé dans le péritoine, mais à point de départ pancréatique. La bouche stomacale était parfaite et avait le diamètre du pylore. Il y avait aussi des abcès miliaires dans le foie, dus à une infection probable.

M. Terrier fait remarquer qu'il n'a pu recueillir que trois observations de ce genre.

— C'est sur une observation de M. Delbet que M. BROCA fait un rapport. Il s'agit d'un cas de *cholecystoduodenostomie*.

Le malade avait un ictère intense et l'intervention amena complètement la guérison. Était-ce un calcul? un cancer ? Ce sont des hypothèses qu'on peut faire !

(1) Il faut, en effet, remarquer que la découverte de M. Widal constitue l'argument le plus solide, la preuve la plus forte, en faveur de la spécificité du bacille d'Eberth. Celui-ci se différencie nettement du coli-bacille par la méthode de M. Widal. Nous ne rappellerons pas la technique du sérodiagnostic; nous en avons donné tous les détails en rendant compte de la communication de M. Widal à la Société médicale des Hôpitaux.

M. Broca insiste sur la rapidité de l'intervention faite dix-neuf jours après les premiers accidents.

Il faut en effet ne pas tenir compte de l'âge de la lésion, mais de la rapidité et de la gravité des accidents.

A ce propos, M Broca cite une observation dans laquelle il a fait une fistule biliaire ; la malade va bien, mais elle conserve une fistule.

L'infection biliaire a été touchée par M. Delbet dans son travail ; dans un premier cas, il n'a pas eu d'infection, et, dans son second fait, la malade n'en a pas encore eu, mais elle est à suivre.

M. TERRIER fait remarquer que ces deux cas ne sont pas comparables ; car dans le fait de M. Delbet, il s'agit probablement d'un néoplasme qui ne donne pas d'infection ; tandis que dans le cas de M. Broca, il y avait de l'angiocholite, et il a bien fait de se borner à la taille de la vésicule.

Quant à l'infection biliaire, elle dépend de l'activité du foie ; lorsque la bile s'écoule du côté des viscères, il n'y a pas d'infection ; cette infection se fait rapidement quand la sécrétion biliaire cesse.

Lorsqu'il y a de l'angiocholite, c'est tout différent, et on ne peut jamais savoir à quel moment l'infection cessera.

M. ROUTIER cite à son tour une observation dans laquelle il a fait l'incision latérale qui lui a permis de bien examiner le cholédoque, dans lequel il n'y avait rien. Il ouvrit la vésicule, la fixa à la paroi, et, depuis cette époque, le malade perd constamment de la bile. Devant l'affaiblissement causé par cette déperdition, M. Routier s'est mis en devoir de faire une cholécystentérostomie. Il n'a pu trouver l'intestin grêle à cause des adhérences, et a fixé la vésicule du côlon ; le malade, opéré il y a deux jours, va bien ; il faudra, bien entendu, le suivre.

M. QUÉNU a été frappé des bons résultats donnés par l'incision de la vésicule et l'évacuation du liquide qui y est retenu. Il cite un cas dans lequel l'incision vésiculaire a donné lieu immédiatement à un flux biliaire et dans lequel il a fixé la vésicule à l'estomac. Dans un autre fait, la création d'une fistule biliaire amena une amélioration extraordinaire, la température tomba de suite et le malade engraissa bien vite. Dans ces deux cas, la bile était infectée.

M. TERRIER pense que le malade de M. Routier doit avoir une néoformation, pour ces raisons que la bile était stérile,

---

plus aux médiocres. A mesure que la civilisation se développe, les bienfaits de la sélection naturelle se changent en fléaux acharnées après l'humanité.... Il n'y a aucune raison pour que, dans la lutte pour l'existence, le plus grand, le plus beau, le plus armé, le plus intelligent l'emporte. Les qualités accessoires, si importantes qu'elles puissent être ne comptent pas, comme condition de succès.... Mainte espèce bien douée doit sa survivance non à ses plus brillantes qualités, mais à un peu plus de résistance à une intoxication microbienne. De même dans la lutte des éléments sociaux, c'est une qualité triviale et parfois un défaut qui décident du succès des pires ».

Quand on a eu la vision nette d'une situation douloureuse et de ses causes, on ne saurait résister au désir d'en indiquer le remède. M. de Lapouge n'y a pas manqué Et son remède, on le devine, c'est encore la sélection, mais une sélection savante, voulue, systématique. En peu de siècles, avec petit nombre initial de reproducteurs triés sur le volet, on repeuplerait la terre d'une humanité admirable, esthétiquement irréprochable, intellectuellement et psychiquement supérieure. Si ce délai de quelques siècles paraissait trop long, rien ne serait plus simple que de l'abréger beaucoup en recourant à la fécondation artificielle.

Que cela soit possible théoriquement; je le veux bien. mais ne m'en soucie guère. C'est justement pour désigner ce genre de possibilités impraticables que le mot « utopie » a été imaginé. Et on n'a même pas à se demander, dans ce cas, si le remède ne serait pas pire que le mal, car il n'importe point de décider cette question du moment que le remède n'est pas susceptible d'application.

Tant pis si « la période d'arrêt et de recul approche pour les races les mieux douées et pour l'humanité tout entière. » Si la sélection systématique est « le seul moyen d'échapper à la médiocratie prochaine et à la déchéance finale », cette médiocratie et cette déchéance ne seront pas évitées.

Il ne suffit pas de dire, en effet, qu'il n'y a point « à s'occuper outre mesure des obstacles qu'apportent à ce te sélection les idées du temps ». Il est loisible, évidemment, de supposer que dans l'avenir, ou chez des races qui penseront et sentiront autrement que nous, ces obstacles sont

qu'il n'y avait pas d'adhérences périvésiculaires et qu'on a pu mettre le doigt dans l'hiatus de Wonslow.

A propos de l'infection biliaire, M. MICHAUX cite le fait d'une femme prise d'ictère et de fièvre après ses couches. Cette femme avait une lithiase intense, et M. Michaux lui fit une cholécystentérostomie. La bile examinée montra du pneumocoque qu'on retrouva dans la vésicule dilatée.

— A propos de la *greffe de Thiersch*, c'est-à-dire la greffe dermo-épidermique, M. KIRMISSON insiste sur la nécessité d'abraser les bourgeons, car il faut avant tout éviter la petite suppuration donnée par ces bourgeons charnus. Du reste, on met ainsi deux surfaces cruentées en présence.

M. RECLUS veut faire quelques remarques à ce sujet; il y a deux façons de faire : on se sert de la curette ou du rasoir pour abraser les bourgeons. M. Reclus n'a employé, lui, que la curette, et se promet d'employer le rasoir comme M. Michaux. L'important est, évidemment, de mettre des plaies sanglantes en contact.

C'est aussi l'avis de M. MONOD, qui rappelle qu'au début on avait cru que les greffes de Thiersch pouvaient se résorber ; il n'en est rien.

M. SCHWARTZ a eu occasion de combiner les greffes par glissement, ou les greffes françaises, avec la méthode de Thiersch, et il cite une observation très curieuse de brûlure du membre inférieur, avec flexion citatricielle. Les premiers essais avaient été infructueux; quand M. Schwartz vit le malade, il fit un lambeau qu'il amena par torsion, et il recouvrit ce qu'il restait de greffes de Thiersch.

L'orateur insiste sur ce fait qu'avec ces greffes seules on arrive quelquefois à obtenir des résultats difficiles à espérer, et il montre une malade chez laquelle le succes a été complet. Il faut, nous dit M. Schwartz, rapprocher les greffes le plus possible, pour arriver à rendre les mouvements et les fonctions.

M. RECLUS pense qu'on peut, en effet, recouvrir des surfaces étendues avec les greffes de Thiersch; mais il faut savoir que ces greffes peuvent disparaître, surtout au membre inférieur, où on peut même avoir des ulcérations. Si on *appuie*, au contraire, ces greffes avec des lambeaux transportés, ces greffes tiennent bien.

— La séance se termine par une communication de M. POIRIER sur l'*extirpation du ganglion de Gasser*. Il a été appelé dernièrement à pratiquer cette opération sur un malade de M. Raymond et tient à tracer le procédé opératoire. L'intervention n'est pas aussi difficile qu'on se plait à le croire, il faut simplement en bien connaître les temps.

On trace et on dissèque un lambeau en avant de l'oreille. On coupe ensuite l'apophyse malaire et l'arcade zygomatique et on rabat cette portion d'os. On réseque l'insertion du muscle temporal qu'on relève et on dénude la fosse temporale. Il faut alors décoller le périoste, écarter le ptérygoïdien externe et on arrive sur le nerf maxillaire inférieur, à l'aide de quelques coups de ciseaux on creuse le plan sphéro-temporal, on arrive sur le trou ovale.

Il faut, à ce moment, dénuder le ganglion de Gasser qui est extra-lureméríen. Avec la sonde cannelée on dégage le ganglion, le cerveau étant protégé par un écarteur malléable. On commence par dénuder la face supérieure du ganglion, on charge alors les nerfs maxillaires et on les coupe avec le ténotome courbe. On peut alors isoler à la sonde cannelée le ganglion, on le soulève et on saisit le nerf trijumeau avec une pince à forcipressure. Un mouvement de torsion produit l'arrachement sur une longueur de deux à trois centimètres.

M. QUÉNU répond à M. Poirier qu'il a été étonné de voir que dans la description de cette opération, l'orateur a oublié de citer les travaux faits sur ce sujet et en particulier les siens; M. Quénu a, en effet, décrit une méthode opératoire pour l'extirpation du ganglion de Gasser.

* * *

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 15 JUILLET 1896

Rapport. — Rapport sur un cas d'ostéotomie pour fracture vicieusement consolidée du péroné, par M. Rochard. Rapport de M. Schwartz.

Communications. — 1° Nouveau procédé d'anastomose intestinale, par M. Picqué; 2° traitement de kystes séreux congénitaux du cou, par M. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 3 JUILLET 1896

MM. VARIOT et GLOVER ont proposé d'employer le tube d'O'Drwyer comme cathéter dilatateur pour vaincre le

---

appelés à disparaître — notre imagination est libre et nul n'a qualité pour lui imposer ses bornes. Mais nous sommes au présent, et il s'agit de nos races actuelles. Et je ne vois pas bien, même nos arrière-petits-neveux s'astreindre, pour la grande gloire du genre humain de leur époque, à choisir quelques fournisseurs de semence pour fécondation artificielle, et ne laisser à l'immense majorité de leurs contemporains que la honte et l'ennui de porter d'inutiles organes. J'aime encore mieux, à tout prendre, notre médiocratie sexuelle, que cette asexuelle aristocratie. Qué vous en semble ?

Au surplus, ce serait pour atteindre quel résultat final? M. de Lapouge ici ne se paie plus d'illusions et nous laisse sur une impression qui manque de gaîté et n'est pas faite pour inspirer l'ardeur du dévouement et du sacrifice régénérateurs. Car si l'on peut entrevoir pour l'humanité ainsi refaite des horizons nouveaux et splendides, ce ne sera, nous dit-il, que « trève d'orgueil. Si l'homme est un dieu en formation, le dieu est mortel, et si inconcevable que puisse être le progrès futur, sa fin viendra. Quand le soleil aura cessé de féconder la terre, mère de toutes choses, l'heure aura sonné, et la mort viendra glacer le dernier de ces prodigieux génies, le cerveau gros de la science universelle et vaincue par la matière ».

Puisqu'il doit en être ainsi, pourquoi se préoccuper de faire, pour ces jours effroyables, des hommes presque divins, auxquels leur beauté, leur science et leur génie ne serviront qu'à souffrir davantage de la venue du cataclysme ?

En fait de sélection, chacun attache quelque prix à celle qu'il fait lui-même. C'est un privilège auquel on ne fera pas facilement renoncer les hommes. Ce ne serait qu'une bien inutile cruauté de leur supprimer le premier de leurs attributs d'êtres vivants : celui de se reproduire; la première de toutes leurs joies d'êtres sensibles : celle d'aimer.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. Dudon, arrivé à l'expiration de son temps de service, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux. — M. Pousson passe de l'hôpital des Enfants à l'hôpital Saint-André. — M. Monod, chirurgien adjoint, devient titulaire à l'hôpital des Enfants.

spasme glottique dans certaines formes de laryngite diphtérique. Chez les enfants au-dessus de deux ans, le cathétérisme extemporané est suffisant dans un certain nombre de cas, et peut remplacer le cathétérisme permanent.

On évite ainsi les inconvénients graves du tube laissé en place dans le larynx : obstruction du tube par les membranes ou les mucosités purulentes, troubles de déglutition, ulcérations de la région antérieure du cricoïde, etc.

Mais, à vrai dire, la dilatation extemporanée ne produit généralement qu'un soulagement momentané. Aussi M. Variot a-t-il cherché si les agents calmants du système nerveux ne pouvaient pas servir à obtenir une sédation définitive de l'appareil phréno-glottique après la dilatation, lors d'un spasme très intense. La codéine lui a semblé répondre à cette condition. Associée aux inhalations de vapeur d'eau, que M. Variot préconise depuis l'année dernière, elle donnera certainement d'excellents résultats.

Chez une fillette de quatre ans, atteinte de croup, M. Variot pratiqua, l'asphyxie étant imminente, l'écouvillonnage du larynx; le tube resta en place cinq minutes et amena un soulagement immédiat.

M. Variot fit administrer à l'enfant 1 centigramme de codéine. Cette médication réussit à merveille; il n'y eut plus que quelques accès de suffocation très atténués qui ne nécessitèrent aucune intervention. La fillette guérit parfaitement.

— MM. Variot et Bayeux préconisent ensuite *l'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux, à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié*. Cet écouvillonnage repose sur le fait que le cathétérisme du larynx par le tube décolle et fragmente les fausses membranes qui obstruent l'orifice glottique. L'introduction du tube constitue donc un écouvillonnage. Il faut remarquer en outre que la dilatation de la glotte par le tube contribue à faire cesser le spasme.

Bien que le cathétérisme du larynx soit sans inconvénients, il ne faut pas multiplier les écouvillonnages au delà de trois ou quatre. Si le spasme est tenace et récidivant, il faut, soit laisser le tube à demeure, soit plutôt pratiquer la trachéotomie. Les chances d'obstruction de la canule à trachéotomie sont beaucoup moindres que les chances d'obstructions du tube, et la surveillance sera moins étroite. Les enfants trachéotomisés au-dessus de deux ans guérissent très bien depuis l'emploi du sérum antidiphtérique et il ne faut pas reculer devant cette opération si l'écouvillonnage demeure impuissant.

MM. Variot et Bayeux ont écouvillonné vingt-trois enfants atteints de diphtéries graves; neuf ont guéri après un ou plusieurs écouvillonnages du larynx, sans que l'on ait eu besoin de laisser le tube à demeure; trois ont dû être trachéotomisés; deux sont morts d'intoxication diphtérique sans avoir été ni tubés ni trachéotomisés; chez neuf autres, on a dû laisser le tube à demeure pendant un temps variable

— M. Rendu communique une observation qui montre tout le parti qu'on peut tirer, au point de vue du diagnostic clinique de la fièvre typhoïde, de la réaction du sérum des malades sur les cultures du bacille d'Éberth.

« Le 21 juin, dit M. Rendu, on amenait dans mon service une jeune femme atteinte de symptômes qui ressemblaient étroitement à ceux d'une fièvre typhoïde. Il manquait cependant un symptôme important : la présence de taches rosées lenticulaires. La convalescence a commencé le 29 juin.

« Or, dès le 28 juillet, l'examen de la réaction de Pfeiffer et Koll, nous avait appris que nous n'avions pas affaire à une fièvre typhoïde, mais à une maladie infectieuse de nature différente, n'ayant pas la spécificité de la dothiénentérie.

« Grâce à l'obligeance de mon collègue, M. Widal, qui m'a fourni plusieurs tubes de bouillon ensemencé soit avec du bacille d'Éberth, soit avec du coli-bacille, j'ai pu, aidé du concours de M. de Massary, mon ancien interne, et de M. Funck-Brentano, mon interne actuel, refaire l'expérience de Pfeiffer, et contrôler l'action du sérum sanguin sur les cultures.

« Le sang a été pris directement dans la veine de la malade, puis nous avons procédé, suivant les règles établies par M. Widal, dans la dernière séance.

« La réaction si nette du sérum typique sur la culture de bacille d'Éberth ne s'est pas produite. Nous en concluons donc que la malade qui a fourni le sérum n'est pas atteinte de fièvre typhoïde.

« Des expériences analogues furent faites avec la culture de coli-bacille et on ne constata aucun changement dans la forme, dans la mobilité, dans la disposition des microbes, ni aucune modification dans l'aspect des cultures.

« Les mêmes expériences de contrôle ont été répétées sur un autre malade, atteint d'entérite aiguë, qui manifestement, n'avait rien a voir avec la fièvre typhoïde; aucun changement ne se produisit, ni dans les cultures, ni dans la forme des bacilles.

« Il résulte de cette double série d'essais que la réaction de Pfeiffer ne s'est produite ni chez la femme ni chez l'homme. Je m'y attendais chez ce dernier, qui avait une entérite bien manifestement indépendante de la fièvre typhoïde; mais, chez la femme, le diagnostic était douteux, car les symptômes généraux faisaient pencher vers l'idée d'une fièvre continue. Or, le résultat négatif de la culture du sérum dans le tube de bouillon de bacille d'Éberth a tranché absolument la question clinique : il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde. L'évolution ultérieure de la convalescence chez cette femme a confirmé absolument cette conclusion, et j'ai pu, sans arrière-pensée, prescrire à la malade des aliments solides à une période où il eût été imprudent de le faire, si le diagnostic avait dû se baser exclusivement sur l'analyse des symptômes fonctionnels. »

— Depuis sa dernière communication, M. Widal a recherché, dans un nouveau fait de fièvre typhoïde, la réaction agglutinante du sérum du malade sur une culture de bacilles d'Éberth.

Il s'agissait d'un cas à diagnostic difficile; on hésitait entre une endocardite ulcéreuse ou une dothiénentérie.

« — J'ai constaté, dit M. Widal, la réaction de la façon la plus précise et j'ai pu faire ainsi le diagnostic de fièvre typhoïde. Le malade fait en ce moment sa défervescence. J'ai, d'autre part, recherché à nouveau la réaction chez 17 personnes, 14 bien portantes ou atteintes d'affections diverses, 3 guéries depuis plus d'un an de fièvre typhoïde. Chez les 14 premières, la réaction a constamment manqué, mais je l'ai constatée d'une façon très nette et à plusieurs reprises chez un de mes élèves qui a souffert, il y a sept ans, d'une fièvre typhoïde extrêmement grave et de très longue durée. Si j'ajoute ces chiffres nouveaux à ceux que j'ai précédemment publiés, on voit donc que, chez 30 personnes bien portantes ou atteintes de maladies diverses, la réaction a toujours manqué; chez 8 guéris depuis plus d'un an de fièvre typhoïde, la réaction ne s'est montrée que dans un cas. »

— M. Comby, rapporte à la fin de la séance un nouveau cas de *rash scarlatiniforme dans la varicelle*; outre ce rash,

il y eut aussi de l'hyperthermie, une albuminurie passagère; enfin un bubon suppuré. Ce sont là des complications rares au cours de la varicelle.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Action de diverses substances sur les mouvements de l'estomac, et innervation de cet organe. — Note de M. Frédéric Battelli, présentée par M. Potain.

I. Les substances dont j'ai remarqué l'effet sur les mouvements de l'estomac peuvent se diviser en plusieurs groupes :

1° Substances excitant les mouvements de l'estomac.

a. Très énergiquement : muscarine, pilocarpine, physostigmine.

b. Moins énergiquement, quoique à un degré notable : nicotine, quinine, cocaïne, digitale, cornutine et ergot de seigle, caféine, alcool, morphine (première phase), peptone : cette dernière substance agissant seulement par injection intra-veineuse et ayant un effet passager.

c. Faiblement : tartre stibié, cytisine, émétine, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, arsenic, chloroforme et éther en inhalations (première phase), et les suivantes n'agissant que si elles sont mises directement en contact avec la muqueuse gastrique : orexyne, cannelle, girofle, amers, acide chlorhydrique, eau chaude, eau salée.

2° Substances sans action sur les mouvements de l'estomac :

Purgatifs (acide cathartique, séné, coloquinte, eau-de-vie allemande), hydrastis canadensis, strychnine, pepsine, apomorphine.

3° Substances diminuant la contractilité de l'estomac :

a. Faiblement : curare, inhalation des vapeurs d'éther ou de chloroforme (seconde phase), morphine (seconde phase), acide cyanhydrique, vératrine, elléborine de Merk, eau froide, accumulation d'acide carbonique dans le sang (asphyxie).

b. Fortement et abolissant même ces mouvements : chloral, et surtout atropine.

L'atropine peut produire cette abolition des mouvements, même lorsqu'ils ont été énergiquement provoqués par une substance qui les sollicite (muscarine, pilocarpine, physostigmine, etc.).

4° Substances abolissant les contractions rythmiques de l'estomac, les parois de l'organe se contractant en masse d'une manière énergique :

Ingestion d'éther ou de chloroforme dans la cavité stomacale. L'atropine ne peut pas diminuer le tonus gastrique, élevé par l'introduction de ces substances dans l'estomac.

II. *Innervation de l'estomac.* — Mes expériences m'ont amené, relativement à l'innervation de l'estomac, à conclure qu'il existe dans le nerf vague deux espèces de fibres :

Les fibres motrices et les fibres inhibitrices.

Elles proviennent toutes deux de la branche interne du spinal; les fibres propres du pneumogastrique n'en contiennent pas.

Nerfs vagues. — 1° L'excitabilité motrice des nerfs vagues sur l'estomac peut être modifiée de diverses façons.

a. Elle est augmentée par : la vératrine, la physostigmine, l'elléboréine, la caféine, la nicotine (faible dose), l'acide cyanhydrique (faible dose).

b. Elle est diminuée par : le chloral, le curare, l'acide cyanhydrique (haute dose), la nicotine (haute dose), les sulfates de zinc et de cuivre.

c. Elle est abolie par l'atropine, et à moindre degré par la cocaïne, qui paralysent les fibres motrices tout en respectant les fibres inhibitrices.

d. Elle est également abolie par un jeûne prolongé, dont la durée varie selon l'espèce animale. Lorsque la nourriture est reprise, l'excitabilité du vague ne se rétablit qu'au bout de quelques heures, à une époque assez avancée de la digestion.

Avant le stade de paralysie, on observe une augmentation de l'excitation latente; puis, lorsque l'excitabilité motrice est perdue, apparait une excitabilité inhibitrice.

2° Les fibres inhibitrices du vague sont excitées par la pilocarpine.

3° L'excitabilité motrice du vague gauche est, en général, supérieure à celle du vague droit, tandis que, au contraire, l'excitabilité inhibitrice du vague droit est, en général, supérieure à celle du vague gauche.

Nerfs splanchniques. — 4° L'action du splanchnique sur les mouvements de l'estomac n'est pas constamment la même. Le plus souvent, ce nerf est franchement inhibiteur, mais quelquefois il excite légèrement les contractions stomacales, et d'autres fois il paraît être sans action sur les mouvements de l'estomac.

5° Par la galvanisation simultanée du splanchnique et du vague, l'excitabilité motrice de ce dernier est, en général, beaucoup diminuée, quelquefois même complètement abolie.

6° Les fibres du splanchnique paraissent être paralysées en totalité par l'atropine.

Effets thérapeutiques des courants de haute fréquence.

MM. d'Arsonval et Charrin ont étudié l'action des courants de haute fréquence sur les animaux. Ils ont constaté qu'un cobaye soumis à l'influence de ces courants perd 12 grammes en six heures, alors que dans les conditions ordinaires il ne perd que 5 grammes en seize heures. Des phénomènes analogues ont été constatés chez le lapin, de telle sorte que l'on doit admettre que les combustions interstitielles augmentent sous l'influence des courants de haute fréquence.

Cette constatation devait faire naître l'idée de tenter d'appliquer cette donnée à la thérapeutique. L'essai vient d'être fait dans le service de M. le professeur Bouchard. Trois malades ont été soumis à cette méthode, et pour constater les résultats on ne s'est pas rapporté au dire des patients, mais à des signes objectifs, tels que la température, la composition des gaz expirés, la quantité des urines, leur toxicité, etc.

Des trois malades, deux étaient des diabétiques, et le troisième un obèse.

Le premier malade, âgé de trente-trois ans, fut mis pendant trois semaines en observation. On constata, avant de le soumettre au traitement, qu'il rendait en vingt-quatre heures 11 litres 30 d'urine et 54 grammes de sucre par litre d'urine; la pression artérielle n'était que de 15 centimètres de mercure; 200 grammes de son urine injectés à un lapin ne rendaient pas l'animal malade.

Au bout de douze jours de traitement par les courants de haute fréquence, le malade n'urinait plus que 5 à 6 litres par jour, et la teneur en sucre avait diminué, le chiffre journalier n'étant plus que de 182 grammes. La pression artérielle était remontée à 25 centimètres; 64 centimètres cubes d'urine suffisaient pour tuer un lapin.

La deuxième observation est relative à une femme diabétique qui, avant le traitement, rendait en vingt-quatre heures 138 grammes de sucre ; sous l'influence des courants de haute fréquence, la glycosurie est tombée à 38 grammes.

Le troisième malade était un obèse qui, les premiers jours du traitement, éprouva une grande sensation de bien-être en même temps qu'il perdait du poids. Au cinquième jour, il ressentit du malaise, qui ne fit qu'augmenter les jours suivants.

On reconnut alors une lésion cardiaque, qui avait échappé à l'examen minutieux auquel le malade avait été soumis. On suspendit le traitement.

Il convient d'ajouter que ces résultats demandent des séances répétées ; on ne commence à les percevoir qu'après un certain temps ; ils sont lents, progressifs ; à cet égard, les observations prises avec soin par M. Bonniot, qui a activement secondé MM. d'Arsonval et Charrin, sont démonstratives.

Ces faits sont insuffisants pour conclure ; ils donnent de simples indications ; en les multipliant, on réglera la méthode, les doses, la durée, la nature des affections à traiter, etc.

Pour les infections, MM. d'Arsonval et Charrin ont obtenu une seule survie, c'est-à-dire qu'ils ont échoué presque constamment; ils se sont limités au cobaye, qui oppose de grandes résistances au passage du fluide.

Même *in vitro*, on ne parvient pas à atténuer toutes les toxines; une même toxine peut résister, suivant son ancienneté, à une foule de circonstances.

L'électrolyse a sa part; toutefois, on peut, à l'aide de di positifs spéciaux, réduire les actions polaires, la température; on continue à agir, mais moins énergiquement; du reste, il faudrait savoir exactement où finit, où commence l'électrolyse; évidemment on intervient physiquement ou chimiquement.

D'ailleurs, à côté de quelques échecs, les confirmations n'ont pas manqué; les résultats obtenus par MM. d'Arsonval et Charrin ont mêm : été dépassés; Bonome, Viola, en particulier, ont rendu les toxines, non plus deux ou trois fois, mais dix fois moins actives; ces auteurs ont même transformé la toxine en antitoxine.

Quoi qu'il en soit, l'expérience proclame que les courants de haute fréquence agissent sur l'organisme sain et sur l'organisme malade, et cela sans introduire aucun élément toxique.

ÉCHOS & NOUVELLES

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — MM. Budin et Gibert ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique le premier comme représentant les accoucheurs des hôpitaux, le second comme représentant les médecins du service des secours à domicile.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'Intérieur a décerné la médaille d'honneur des épidémies aux personnes qui ont fait preuve de dévouement au cours d'épidémies.

Médaille de vermeil — M. Bizien, médecin des épidémies, de Douarnenez.

Médaille de bronze. — M. Bovier-Lapierre, externe des hôpitaux de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 juin 1896, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le Dr Garran de Balzan (de Paris).

Médecine navale. — Les Jurys du concours, pour l'admission à l'École de Bordeaux, 1896, et pour le classement des médecins stagiaires, dont la présidence est dévolue à M. le directeur du service de santé Gués, sont constitués de la manière suivante :

MM. le directeur Gués, à Rochefort; le médecin en chef Bodet, à Brest, et le médecin principal Galliot, à Toulon.

Concours *pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1897 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — L'ouverture du Concours pour l'externat aura lieu le mardi 20 octobre, à quatre heures précises, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Par exception également, les externes de troisième année, qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau, ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

Concours *pour les prix à décerner, en 1896, à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices.* — CONCOURS DE MÉDECINE. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le lundi 14 décembre 1896, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

CONCOURS DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENT. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le jeudi 17 décembre 1896, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Nota. — A l'ouverture de ces Concours, le 17 décembre, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des candidats qui seront appelés à subir l'épreuve théorique orale dans cette séance.

Concours *pour les prix à décerner, en 1896, aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1897.* — L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 19 octobre, à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 7 septembre jusqu'au lundi 3 octobre inclusivement.

Avis spécial. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

Faut-il prohiber l'emploi des sels de cuivre dans la préparation des conserves alimentaires? — Voici l'opinion de M. Duclaux, professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris, parue dans le dernier numéro des *Annales de l'Institut Pasteur :*

« Je voudrais voir les hygiénistes déclarer au public que, pour sa sécurité absolue, il vaut mieux qu'il renonce aux légumes verdis par les sels de cuivre, et accepte la couleur qu'ils prennent naturellement quand on les fait cuire. Esthétiquement, le jaune vaut le vert, et physiologiquement, le jaune est moins dangereux. Après avoir ainsi prémuni le public contre un danger qu'il ignore et contre lequel il se croit garanti par l'autorisation donnée aux fabricants de conserves, je voudrais que les hygiénistes obtinssent, des pouvoirs publics, un arrêté conçu dans ces termes ou dans des termes équivalents : « Les sels de cuivre sont trop peu dangereux pour qu'on puisse en interdire l'emploi, mais les fabricants qui s'en servent le font sous leur responsabilité, et tous les accidents qui seraient imputables à leurs produits sont à leur charge, même lorsqu'il serait démontré que la boite qui les a produits ne contiendrait pas plus de cuivre que d'autres boites restées inoffensives. » Ceci est destiné à laisser les exceptions dans le droit commun. De ce que j'ai le canal digestif plus sensible que celui de mon voisin, il ne s'ensuit pas que vous ayez le droit de me vendre, sans me le dire, des aliments contenant des substances qui leur sont étrangères, et qui me font mal. Vous m'avez fait du tort, vous devez le réparer.

« J'ai tenu à aller jusqu'à cette conclusion, parce que c'est une conclusion de principe qui en contient une foule d'autres. »

La menstruation des nourrices. — M. Kenfry a fait une étude statistique assez intéressante sur la menstruation des nourrices qui, au moins en Angleterre, sont bien plus souvent réglées qu'on ne l'admet généralement. Sur 600 nourrices, 245 voient leurs règles réapparaitre trois mois au plus après leur accouchement (soit une proportion de 27 %).

Sur 388 nourrices voyant leurs règles, 226 sont devenues enceintes tout en continuant d'allaiter. (*The med. Press.*)

« Le et les » au Mont-de-Piété. — En Chine, nous apprend le Dr Matignon, on devient eunuque par force, par goût, par pauvreté ou par paresse. Un jour, un mendiant se présente au Mont-de-Piété pour engager les quelques loques qui cachaient particulièrement sa nudité. Ses hardes sont refusées. Mais notre homme pressé d'argent ne se tient pas pour battu. Il s'assied devant la porte et avec son couteau pratique sur lui-même l'amputation de « le et les » et rentre de nouveau engager pour 30 traos, c'est-à-dire 9 francs, ses pièces anatomiques. Le directeur du mont-de-piété dut faire, à ses frais, soigner ce singulier client, qui trouva place plus tard au palais impérial.

Quelques temps après, l'eunuque vient chercher « le et les » qu'il a engagés, comme il le ferait d'un objet précieux. Ce dégagement n'a lieu quelquefois qu'à la mort de l'eunuque et sur la recommandation expresse faite à ses héritiers, car il tient à se présenter complet dans l'autre monde.

L'opérateur attitré reçoit 24 francs par client et garde les pièces anatomiques soigneusement étiquetées de ceux qui le paient par mensualités dès qu'ils sont entrés au palais. Si l'eunuque devient un favori du palais impérial et désire rentrer en possession de ses pièces anatomiques, l'opérateur les lui vend quelquefois fort cher, jusqu'à 10,000 et 15,000 francs. *(Gazette hebdomadaire.)*

Un médecin criminel aux États-Unis. — On a pendu récemment, à Philadelphie, le fameux meurtrier Holmes, un médecin et chimiste dont le procès aura été certainement une des causes les plus célèbres de ce temps. On n'a pu arriver à établir le chiffre exact des meurtres commis par ce criminel. La police a découvert la preuve d'une vingtaine, mais lui-même, dans une confession qu'il a écrite dans sa prison pour le *New-York Journal*, qui la lui a payée, paraît-il, très libéralement, s'accuse de vingt sept assassinats qu'il conte cyniquement avec des détails horribles et en analysant scientifiquement les particularités physiologiques et psychologiques qui le condamnaient fatalement à être un assassin. Il faut dire que la confession sensationnelle de Holmes, qui ressemble à un conte d'Edgard Poë, bien qu'elle soit certifiée conforme par un agent de police, parait avoir eu pour objet surtout de dérouter la justice, en ajoutant aux crimes véritables des meurtres imaginaires. L'assassin comptait ainsi rouvrir indéfiniment son procès par l'aveu de nouveaux meurtres et prolonger son existence. Ce calcul a été déjoué par quelques-unes de ses prétendues victimes qui ont, depuis sa confession, déclaré qu'elles étaient toujours bien vivantes, et malgré les efforts de ses défenseurs pour faire recommencer le procès, on s'est décidé à exécuter Holmes, les crimes prouvés suffisant à justifier amplement la peine capitale. Dans le petit speech qu'il a fait sur l'échafaud, Holmes n'a plus avoué que deux assassinats au lieu de vingt-sept; puis il a subi sa peine avec le plus grand sang-froid. Le principal mobile de ses crimes était de toucher les assurances faites sur la tête de ses victimes ou de s'emparer d'héritages ou de dépôts dans les banques, à l'aide de faux, après avoir fait disparaître les intéressés. Tirant parti de tout, il vendait des squelettes à des anatomistes. On découvrit par hasard, en faisant des travaux d'égout, deux petits caveaux qu'il avait fait construire secrètement sous sa maison à Chicago, et où un four crématoire lui servait à faire disparaître les corps des malheureux qu'il avait asphyxiés, empoisonnés, etc. Des ossements et des cheveux de femme ont été trouvés dans ces souterrains et les enquêtes de police prouvent qu'il aurait assassiné dans ces caveaux treize femmes, dont on n'a jamais pu expliquer la disparition. (*Progrès médical.*)

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéotomies pour fractures non ou mal consolidées des deux os de la jambe,

Par le Dr E. Schwartz,
Chirurgien de l'hôpital Cochin

M. le docteur Rochard nous a présenté un cas d'ostéotomie des deux os de la jambe, pour un cal vicieux angulaire, datant de sept ans.

Voici l'observation résumée de notre confrère :

Un nommé M..., journalier, âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital Lariboisière pour une déformation considérable de l'extrémité inférieure de la jambe.

Il y a environ sept ans, il eut celle-ci prise dans les rayons d'une roue, et il en résulta une fracture des deux os à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Cette fracture, compliquée de plaies, nécessita de longs soins qui ne purent empêcher une consolidation vicieuse, une déformation du membre, permettant néanmoins la marche à l'aide d'une canne, quelques mois après l'accident.

Près de six ans après, sans aucune cause appréciable, le blessé fut pris de violentes douleurs dans la région fracturée; sa jambe se fléchit davantage, et la déformation augmenta au point que la marche devint impossible, et qu'il fut forcé de garder une immobilité presque complète pendant près d'une année. C'est alors qu'il vint à Paris et entra à l'hôpital Lariboisière, et entra dans le service du docteur Périer, le 27 octobre 1895.

C'est là que notre confrère a eu l'occasion de l'examiner et de l'opérer. Au point de vue fonctionnel, la marche est impossible. La déformation du membre portait sur son axe vertical, et de plus, dans le sens latéral, elle présentait une double courbe rejetant le pied en arrière et en dehors, de telle sorte que la plante ne pouvait appuyer sur le sol dans la station debout.

Le fragment supérieur du tibia, considérablement augmenté de volume, faisait saillie en avant, surplombant le fragment inférieur, rejeté en arrière, et donnant, suivant l'expression du malade, l'aspect d'une marche d'escalier.

Toutes les parties étaient fondues dans un cal hypertrophique, et le péroné, considérablement augmenté de volume, présentait au même niveau un cal exubérant.

Si l'on cherchait à provoquer de la mobilité anormale, il semblait qu'il existât en effet de légers mouvements au niveau de la fracture du tibia, par contre, il ne s'en passait pas au niveau du péroné.

Sur les instances du blessé, malgré son état de santé peu brillant, l'ostéotomie fut décidée et pratiquée par M. Rochard le 9 novembre 1895. On dessina avec le bistouri un grand lambeau cutané; le périoste fut décollé et l'on tomba sur des fragments hypertrophiés et rejoints entre eux par des tissus fibreux sans interposition d'aucun muscle. A l'aide du ciseau de Mac-Even, les extrémités des fragments furent sectionnés, avivés avec beaucoup de difficulté; malgré leur libération, la réduction était impossible, On trouva à ce moment, au milieu des tissus ostéitiques formant le cal, une cavité fongueuse qui fut enlevée.

Ne pouvant réduire et ne pouvant arriver à fracturer le péroné qui résistait, on fit l'ostéotomie de ce dernier à six centimètres environ en dessus du trait de fracture du tibia; elle fut très difficile à cause de l'hypertrophie de l'os; la réduction fut possible dès que la section fut terminée.

La réduction se maintenant bien et facilement, on ne plaça aucune suture; appareil plâtré; suture de la plaie sans drainage.

Le 8 janvier, soit soixante jours après l'opération, le pansement fut fait pour la première fois; les fils furent enlevés: on trouva la réunion parfaite, malgré une attaque d'influenza intercurrente. La consolidation n'étant pas encore complète, on applique une botte plâtrée qui est enlevée le 16 mars; à cette date, on permet la marche avec une botte silicatée.

Le 1er avril, on enlève cet appareil pour examiner le membre et on constate une petite déviation du pied qui n'existait pas à la levée de l'appareil.

On applique une seconde botte silicatée qui reste jusqu'au 7 mai, époque à laquelle le blessé revient de Vincennes; on constate une consolidation com-

plète en bonne situation; il marche facilement avec une canne, et même sans cette dernière. M. Rochard conseille donc, lorsqu'il s'agira de faire une ostéotomie pour ces os vicieux de la jambe, de commencer par l'ostéotomie du péroné, qui facilitera beaucoup les manœuvres sur le tibia.

En outre, il ne faut pas hésiter à faire même une résection du péroné, s'il y a perte de substance du tibia, pour amener facilement la captation des fragments avivés.

A propos d'une observation du Dr Hartmann, vous vous étiez tout récemment occupés de la question de la consolidation des fractures de jambe, ayant surtout en vue les fractures obliques avec chevauchement et raccourcissement. Nous ne rallumerons pas ce débat pour ne vous présenter que quelques réflexions au sujet de l'observation de notre confrère Rochard : deux points nous occuperont spécialement :

1° Ce fait que six ans après la fracture, et alors que la consolidation était complète, mais vicieuse, ont apparu du côté du cal exubérant et difforme, des douleurs avec légère mobilité, mettant le blessé dans un état d'impotence presque complète.

2° La conduite à tenir à l'égard du péroné dans les cas d'ostéotomie pour cals vicieux du tiers inférieur de la jambe.

Vous avez pu remarquer que pendant l'opération, l'opérateur a trouvé au niveau du cal, après avoir sectionné et avivé les fragments, une cavité osseuse pleine de fongosités.

Il s'agissait d'une fracture compliquée.

Les altérations du cal, dans les fractures, sont relativement encore peu connues, et il est bon de les retenir chaque fois que l'occasion se présentera. Il semble bien que, dans le cas actuel, il s'est agi d'une ostéite avec formation d'une cavité fongueuse analogue à ce que nous trouvons dans les faits d'abcès intra-osseux, à la suite de l'ostéomyélite, à mettre probablement sur le compte d'un processus infectieux résultant de la complication de plaies. Les douleurs, le ramollissement du cal, l'exagération de la difformité doivent évidemment être mis sur le compte de ce processus pathologique, remarquable par la date éloignée à laquelle il s'est manifesté.

M. Rochard a eu surtout en vue le second point, à savoir la conduite à tenir vis-à-vis du péroné, dans les cas de cals vicieux du tibia, difficilement ou non réductibles après l'ostéotomie et l'avivement des fragments.

Nous avons pratiqué, pour notre compte, un certain nombre d'ostéotomies pour cals vicieux du tiers inférieur de la jambe; toujours nous avons pratiqué l'ostéotomie du péroné consécutivement à celle du tibia, et nous sommes de la sorte arrivés facilement à redresser la jambe et à obtenir une bonne consolidation. Dans presque tous les cas, il sera avantageux de faire l'ostéotomie oblique du péroné, pour permettre aux deux fragments de chevaucher l'un sur l'autre une fois que le tibia pourra être redressé; on évitera de la sorte la résection dont parle M. Rochard. Il est bien entendu que nous n'avons en vue que les cals angulaires comme celui que nous montre la photographie du membre traité par notre confrère, et spécialement les cals angulaires de la partie moyenne de la jambe. Il nous paraît impossible d'arriver, dans ces cas, à une réduction complète des fragments, à une bonne captation, à moins d'ostéotomiser, et cela d'emblée, le péroné toujours fracturé et vicieusement consolidé aussi.

Nous approuvons donc de toutes façons la manière de faire qui nous a été proposée, en insistant sur ce fait, que c'est d'emblée et de parti pris que l'ostéotomie du péroné doit être pratiquée, pour peu qu'on éprouve de la résistance dans les tentatives de redressement et de réduction.

REVUE DE LA PRESSE

Citons d'abord un petit fait qui montre qu'en pays étranger les médecins sont assez jaloux de l'honorabilité professionnelle.

En effet, la Société des Médecins de Vienne a été saisie d'une question administrative : la proposition d'exclusion d'un membre correspondant. Bien que le nom de ce membre ne fût pas prononcé, on pensait généralement qu'il s'agissait de M. Adamkiewicz.

En 1891, M. A. Adamkiewicz avait commencé à la clinique de M. Albert ses expériences sur le traitement du cancer par la cancroïne et avait présenté quelques cas à la Société des Médecins. Le résultat avait été négatif. Tous les chirurgiens avaient contesté la guérison. Depuis, feu le professeur Kundrat, avec son ironie coutumière, avait accablé Adamkiewicz de ses railleries, et tous les chirurgiens et les dermatologistes alors présents avaient également condamné son remède.

Adamkiewicz n'était cependant pas arrêté par les insuccès. Il évita de présenter ses résultats à la Société des Médecins et écrivit dans les journaux. Maniant bien la plume et estimé depuis longtemps comme un observateur sérieux, il fit facilement admettre ses publications dans les journaux. Tant que ses articles parurent dans les journaux scientifiques, on n'y trouva rien à redire, car on ne trouva pas de cas authentique de guérison. Au lieu d'établir sa réputation par cette voie, il en appela au gros public par la presse politique et affirma qu'on avait tort de

discréditer le traitement du cancer par la cancroïne.

Il faut ajouter que Adamkiewicz avait soigné la baronne Bettina de Rothschild, morte d'un cancer.

Le baron de Rothschild, à la mort de sa femme, voulut fonder un hôpital pour les cancéreux, mais le projet fut abandonné et le baron fit élever un hôpital général.

Adamkiewicz, qui aurait eu là un champ de recherches, fut très contrarié de voir cet hôpital lui échapper. Lorsque Emmerich et Scholl firent connaître leurs travaux à succès éphémère, Adamkiewicz publia dans un journal politique viennois, *la Nouvelle Revue*, une série d'articles sous ce titre : « Science et Clique », et tint un langage virulent contre quelques membres de la Société. Il se donna lui-même comme une victime innocente. Il fut condamné par tous les médecins qui eurent connaissance de la cause. Néanmoins, on était surpris que la Société voulût procéder à l'exclusion d'Adamkiewicz. Tous ceux qui étaient attaqués étaient en mesure de se défendre. Procéder à la hâte n'était pas de la dignité d'une corporation comme la Société des Médecins. La plupart des membres présents à la séance n'avaient pas lu les articles de la *Nouvelle Revue* et on rejeta la proposition qu'on fit de les lire. On ignorait ainsi si Adamkiewicz attaquait quelques membres de la Société ou la Société tout entière. On donna simplement lecture de quelques passages des articles.

Mais Adamkiewicz avait attaqué en termes inconvenants Bilroth, auquel les médecins autrichiens rendent le plus grand hommage. Le scrutin secret conclut à une rupture formelle ; on procéda ensuite à un vote individuel, dont le résultat fut l'exclusion.

— M. le professeur Terrier a fait à son cours une leçon sur la **chirurgie des veines**; nous citons, d'après le *Progrès Médical*, ce qui a trait à la suture de ces vaisseaux :

« La *suture des veines* est une opération plus moderne encore. Le premier fait connu a été rapporté par Just Lucas-Championnière, dans sa *Chirurgie antiseptique*, et est dû à Lister ; il a trait à une suture au catgut de la veine axillaire, à laquelle assista l'introducteur de la méthode antiseptique en France.

« Les cas suivants appartiennent à Schede et à Czerny. Mais ce n'est qu'avec les recherches expérimentales de von Horoch (1888), que d'après le travail d'ensemble de A. Mayr qu'elle entra dans le domaine de la pratique chirurgicale. A partir de cette époque, en effet, les observations se succèdent d'années en années : Niebergall (1891). Schede (1892), etc. M. Romme ébauche à ce moment la question, en analysant, en France, le travail de Schede (1893), et y revient deux ans plus tard (1895), en insistant sur la réparation des veines suturées. A citer encore les faits de Marin (1893), Kay (1894), Ricard (1895), enfin la thèse de Brachet (Bordeaux, 1895), qui vient de résumer ce chapitre important de médecine opératoire.

« Jusqu'à présent, on connait six cas de suture de la veine jugulaire (Czerny, Schede, trois de Kay, Ricard), avec cinq guérisons et une mort (Czerny, cas ancien). Les trois faits de Paul Kay ont été réunis à la clinique de Kiel et ont trait à des plaies opératoires faites au cours de l'extirpation de tumeurs du cou. Ricard, à Paris, a pratiqué la suture dans une circonstance analogue.

« D'après les expériences de von Horoch, qui ont porté sur la fémorale et sur la jugulaire, quand on fait la suture d'un gros tronc veineux, on n'en diminue pas notablement le calibre. Cette diminution est à peu près nulle quand la suture est longitudinale ; si elle est transversale, il n'y a qu'un léger rétrécissement. En tous les cas, la paroi vasculaire est parfaitement rétablie et le sang circule comme dans un vaisseau intact.

« La suture des veines, en général, et de la jugulaire, en particulier, peut être pratiquée par divers procédés. Von Horoch et Mayr ont recommandé un surjet continu. Ricard a utilisé la suture à points séparés et la suture de Lembert. On devra préférer le surjet classique, qui sera exécuté à l'aide de très petites aiguilles rondes et courbes, pour éviter la sortie du sang veineux par les orifices d'entrée et de sortie de l'aiguille (von Horoch). Schede a utilisé le catgut; mais la soie très fine, recommandée par von Horoch et Ricard, doit être préférée, en raison de sa stérilisation facile et de sa solidité. On doit éviter l'emploi des aiguilles de Reverdin, dont l'extrémité lancéolée fait des trous trop grands a la paroi veineuse, et des aiguilles de Hagedorn, qui sont trop plates et présentent le même inconvénient.

« On a essayé de faire la suture séparée des diverses tuniques de la veine : ce qui, d'après Mayr, est loin d'être facile, et tout à fait inutile pour Schede. Chez l'homme, il est évident que cette précaution est superflue. Le point important est de faire, pardessus la suture veineuse, une réunion solide des parties molles, pour éviter tout tiraillement de la plaie. Soutenue par les téguments bien réunis, la suture veineuse tient parfaitement. »

— M. Kronberg, se basant sur ce que le mercure n'est pas traversé par les rayons X, et sur ce que ce corps, à l'état métallique, peut être introduit dans le canal intestinal en une quantité très élevée (jusqu'à 1 kilo), sans provoquer le moindre accident, ce qui s'explique par ce fait qu'il ne s'y dissout pas, a eu

l'idée de faire l'**application des rayons de Rœntgen, concurremment avec le mercure, au diagnostic de l'obstruction intestinale et des trajets fistuleux.**

L'examen par le procédé des rayons X et du mercure, ou le procédé cryptomercuriel, ainsi que l'appelle l'auteur dans son article du *Wien. Med. Woch.*, se fait de la façon suivante : on introduit dans la cavité viscérale à examiner, une certaine quantité de mercure métallique, et on prend ensuite, à l'aide des rayons de Röntgen, les photographies de cet organe. On peut photographier l'organe suivant ses différents axes et directions, et de l'ensemble de ces photographies se faire une idée plus exacte de l'état du viscère.

Cette méthode est applicable aussi bien aux êtres vivants qu'au cadavre, à l'organisme sain ou malade; les rayons X reproduisent les anses au fur et à mesure que le mercure les traverse, et si le péristaltisme permet son passage.

L'indication la plus importante est fournie par l'occlusion intestinale; d'ailleurs on la traitait autrefois par le mercure métallique. En raison de son poids spécifique très élevé, le mercure introduit dans le canal intestinal le traverse jusqu'à ce qu'il arrive au siège de l'occlusion; là il sépare les parties accolées en pénétrant entre la paroi lubrifiée de l'intestin et son contenu.

Ce traitement qui, d'après la statistique recueillie par Bettelheim, aurait amené la guérison dans 80 %, acquiert, d'après Kronberg, une valeur beaucoup plus grande, grâce à sa combinaison avec l'emploi des rayons de Röntgen qui permettent tout d'abord de voir le siège de l'obstacle et ensuite de reconnaître la cause de l'occlusion (invagination, coudure, etc.); chacune de ces causes devant donner une image différente.

Au début, le procédé crypto-mercuriel ne pouvait être appliqué qu'aux enfants ou aux sujets très maigres. Mais avec le fluorure de calcium qui centuple la sensibilité des rayons X, ce qui abrège très notablement la durée de l'exposition, le procédé en question est devenu applicable aux personnes d'un embonpoint normal.

Les trajets fistuleux profondément situés peuvent également être examinés à l'aide de ce procédé. Ils peuvent facilement être remplis de mercure et la photographie du trajet ainsi rempli permet de connaître sa direction et son étendue.

— Les recherches de **bactériologie du liquide herniaire** ont été reprises par A. Brentano dans le *Deut. Zeitschrift für Chir.*, 1896, vol. XIV).

L'auteur a eu l'idée d'examiner bactériologiquement le liquide herniaire de trente et une hernies étranglées. Vingt et une fois il y trouva des bactéries. Ce sont des microbes qui tiennent la première place. En second lieu, ce sont des micrococques associés à des coli-bacilles, ou bien des coli-bacilles purs. Une fois, l'auteur a trouvé de l'oïdium, une fois de la sarcine. Il faut savoir que les coli-bacilles ont été trouvés dans les cas où il y avait gangrène de l'intestin, ou du moins dans ceux où cet organe était gravement compromis. Quant aux inoculations, les résultats ont pour la plupart été négatifs.

Le passage des micro-organismes dans le sac herniaire se fait dans différentes conditions. Les différents facteurs sont la forte triction du sac par l'anneau, la longueur de l'anse étranglée et tout ce qui affaiblit la vitalité de cette dernière. La présence des micro-organismes dans le liquide dépend aussi du temps écoulé depuis l'étranglement. D'après Brentano, après vingt-quatre heures, le liquide renferme toujours des bactéries.

A l'étude de la nature des microbes trouvés dans le liquide et à celle des conditions dans lesquelles se fait l'infection de ce liquide, l'auteur ajoute celle du genre de hernies qui se prêtent le plus à cette infection. Sans pouvoir affirmer que la hernie de telle partie de l'intestin grêle ou du gros intestin soit plus qu'une autre prédisposée à l'infection en cas d'étranglement, Brentano, au contraire, affirme que l'infection du liquide herniaire est plus fréquente dans les hernies crurales que dans les inguinales. Ainsi, sur les vingt et un cas de hernies étranglées dont il a trouvé le liquide infecté, l'auteur nous dit qu'il s'agissait dix-huit fois de hernies crurales, trois fois seulement de hernies inguinales. Au contraire, dix fois il a trouvé le liquide herniaire dépourvu de tout micro-organisme; dans ce dernier cas, il y avait huit hernies inguinales et deux hernies crurales.

Le liquide herniaire ne cultive que difficilement. N'a-t-on, d'ailleurs, pas déjà dit que le liquide herniaire était doué de propriétés bactéricides, d'où affaiblissement de la virulence des microbes qu'il contient.

Brentano formule ainsi les conclusions de son travail.

Le liquide des hernies étranglées chez l'homme renferme des bactéries beaucoup plus souvent qu'on ne le croit.

Les bactéries trouvées dans ce liquide sont souvent en petit nombre et à l'état de virulence atténuée, probablement grâce aux propriétés bactéricides du liquide herniaire.

La présence des bactéries dans le liquide paraît dépendre de toutes les causes qui affaiblissent la vitalité des parties étranglées, et les micro-organismes passent d'autant plus facilement que les lésions de la paroi intestinale sont plus avancées.

— *La Gazette des hôpitaux* s'exprime ainsi au sujet de l'**emploi de l'asbeste pour les pansements** :

« Dans son rapport fait à la Société chirurgicale de Moscou, M. Volintzeff a d'abord donné les résultats de ses recherches sur les propriétés physiques de l'asbeste. Ces résultats peuvent être résumés de la façon suivante : la densité de ce produit est plus élevée que celle de l'ouate et de la tarlatane; il est moins poreux que ces dernières et moins hygroscopique. Le dégagement de vapeurs d'eau se fait plus lentement sous un pansement d'asbeste que sous tous les autres; ce pansement est un moins bon conducteur de la chaleur que l'ouate; mais à ce point de vue les procédés de recherches ne sont pas encore satisfaisants. Enfin l'asceste absorbe mieux des solutions albuminoïdes que ne le font le coton hydrophile et la tarlatane.

« La seconde partie du travail de l'auteur est consacrée à l'étude clinique; les observations sont encore trop peu nombreuses pour permettre un jugement définitif; cependant on peut d'ores et déjà dire que ces pansements n'irritent pas les plaies, absorbent bien le pus et le sang, et sont moins traversés par ces liquides que les autres pansements. Ce produit est d'un prix peu élevé, d'autant plus que, grâce à certaines préparations qu'on lui fait subir (en le traitant par le chlore, par exemple), on peut employer l'asbeste plusieurs fois. On pourrait aussi préparer l'ouate et la tarlatane à l'asbeste. Cette question, loin, bien entendu, d'être épuisée par ce travail, mériterait de nouvelles recherches. »

***

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Les traitements dirigés contre les vomissements incoercibles de la grossesse sont innombrables. C'est dire que tous peuvent échouer.

Kihler, dans un cas où les vomissements incoercibles l'avaient décidé à pratiquer l'avortement, introduisit dans ce but de la gaze iodoformée dans le col; il y eut quelques contractions utérines faibles, et les vomissements s'arrêtèrent. Pendant quelques semaines, tout alla bien; il y eut une rechute. Un nouveau tamponnement cervical fut pratiqué pendant la vingt-sixième semaine, un troisième pendant la trentième semaine, et toujours avec le même résultat. La trente-troisième semaine, Kihler pratiqua l'accouchement prématuré en introduisant dans la cavité utérine de la gaze glycérinée qui détermina le travail. Actuellement, la mère et l'enfant sont en excellente santé.

Copemon, en 1875, a obtenu des résultats analogues par la dilatation digitale du canal cervical et le décollement des membranes du segment inférieur de la matrice qu'il avait pratiqué pour obtenir l'avortement. D'autres accoucheurs n'ont pas réussi.

L'introduction d'une bougie dans la matrice peut aussi réussir.

La dilatation peut être pratiquée avec le doigt, sur dilatateur métallique, de l'éponge préparée, de la laminaire. G. Ricard, dans une thèse récente, recommande surtout l'emploi du doigt ou du dilatateur. Tandis que Copemon, dilate aussi complètement que possible, Eustache agit avec prudence et circonspection. Le mieux est de commencer par une dilatation modérée, que l'on répète en l'augmentant progressivement si les vomissements ne cessent pas. On doit avoir recours au procédé de Copemon, lorsque ceux qui n'exercent aucune influence sur la marche de la grossesse ont été inutilement employés, c'est-à-dire au moment où on se déciderait à provoquer l'avortement ou même un peu plus tôt, à condition d'agir avec prudence (Ricard). Si les vomissements continuent, on pratiquera l'avortement; si la dilatation amène l'expulsion de l'œuf, il n'y a pas grand mal, puisqu'on aurait été obligé d'y avoir recours au bout de peu de temps.

Pour beaucoup d'auteurs, le procédé de Copemon n'est utilisable que chez les multipares à col déchiré.

Pour pratiquer le tamponnement cervical, Fraipont conseille d'agir de la façon suivante : La malade, désinfectée, étant placée sur le bord du lit, on saisit la lèvre antérieure du col à l'aide d'une pince à griffes, et on l'abaisse légèrement en déprimant la paroi postérieure du vagin à l'aide d'une valve de Sims. Par une légère pression exercée sur la face postérieure du col, on fait sortir le bouchon de mucus qui obstrue souvent le canal cervical, puis on lave la muqueuse à l'aide d'un porte-caustique garni d'ouate et imbibé d'une solution antiseptique. Cela fait, à l'aide d'une pince fine, on fait pénétrer doucement dans l'orifice utérin de la portion vaginale et dans le canal cervical, une mince languette de gaze qu'on tasse peu à peu, de façon à ce qu'elle dilate en même temps le conduit. Si les vomissements cessent, on retire la gaze après douze ou vingt-quatre heures; s'il y a des contractions utérines, on peut essayer de les enrayer par un lavement laudanisé. Si les vomissements persistent, on poursuit la provocation de l'avortement (1).

Il y a longtemps que l'on emploie l'électrisation contre les vomissements incoercibles, et Duchenne obtenait déjà de bons résultats en faradisant la région épigastrique. En 1868, Semmola préconisa la galvanisation dans les vomissements dépendant soit de maladies de l'estomac, soit d'affections des cen-

(1) *Annales de la Société médico-chirurgicale*, 1896, 4, p. 164.

tres nerveux. Larat (Soc. de th., 10 avril 1875) préconisa la galvanisation descendante, pôle positif près de l'insertion sterno-mastoïdienne, pôle négatif au creux épigastrique; durée de la séance, quinze à vingt minutes.

Bardet n'a obtenu aucun résultat dans les vomissements de la grossesse, mais la durée de la séance ne dépassait pas cinq à dix minutes. Torrel a obtenu de bons résultats de l'électricité galvanique dans quatre cas de vomissements hystériques, un de vomissements de cause inconnue (1).

Doléris a rapporté l'histoire d'une malade atteinte de vomissements incoercibles, chez laquelle l'application de l'électrode fut suivie de succès; or, on s'est aperçu que la pile ne marchait pas. Le traitement n'a donc agi que par suggestion. Les vomissements incoercibles, pour Doléris, s'observeraient chez les névropathes. Budin croit que l'électricité n'agit que par suggestion chez les nerveuses (2).

A l'intérieur, Faderow a employé avec succès l'hydrastis canadensis : quatre fois par jour, XX gouttes d'extrait.

Voici encore quelques formules qui peuvent être utiles :

Teinture d'iode	12 gouttes.
Eau distillée	120 grammes. (Steffen)

médicament à prendre, dans l'intervalle des repas, par cuillerée à soupe, dissoute dans un demi-verre d'eau sucrée.

Alcool rectifié	10 grammes.
Menthol	5 centigrammes.
Teinture de noix vomique	2 grammes.

médicament à prendre, toutes les demi-heures, dix gouttes dans une cuillerée d'eau chloroformée.

ACADEMIE & SOCIÉTES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

En l'honneur de la Fête nationale, la séance de l'Académie n'a pas eu lieu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos du procès-verbal et de l'extirpation du ganglion de Gasser, la parole est donnée à M. G. MARCHANT. Il a opéré deux malades atteints de névralgie rebelle du trijumeau. Il a réséqué le nerf maxillaire inférieur et a enlevé le ganglion de Gasser suivant le procédé de M. Quénu.

L'orateur décrit rapidement ce procédé et en montre les différents temps.

(1) *Progrès médical*, 1896, 19, p. 292.
(2) Société obstétricale et gynécologique de Paris, séance du 16 avril 1896.

Voici le résumé des deux observations :

Dans la première, il s'agit d'une femme chez laquelle il y avait eu déjà deux névrotomies du nerf maxillaire inférieur. M. Marchant réséqua le ganglion de Gasser et la malade est aujourd'hui guérie.

Le deuxième fait a trait à un malade chez lequel les douleurs étaient intolérables. Plusieurs consultations avaient eu lieu et les avis étaient partagés. M. Marchant se décida à opérer, et voici les accidents que l'opéré traversa. L'ablation de la gaze iodoformée donna lieu à un coma de vingt-six heures dont le malade sortit. Il y eut des troubles considérables de la cornée, qui firent penser à l'énucléation de l'œil. En résumé, le résultat n'est pas bien favorable; les douleurs ont peut-être diminué, mais elles existent encore, et il y a de la contraction de la mâchoire, due à la section du muscle temporal.

M. Marchant examine ensuite les faits sur lesquels on peut se baser pour prouver qu'on a bien enlevé le ganglion de Gasser. Est-ce la sensibilité? Non, puisqu'elle ne disparaît pas complètement dans la zone du trijumeau. Est ce l'examen de la piece anatomique? Il a enlevé le ganglion ou cru l'enlever; mais l'examen histologique fait par M. Gombaud, a prouvé qu'il n'y avait pas de traces de tissu nerveux. Eh bien, dans les autres observations qu'il a pu vérifier, il n'a jamais rencontré d'examen histologique. M. Marchant demande donc qu'on apporte l'examen histologique dans les prochaines observations.

M. QUÉNU prend la parole pour dire qu'il y a une autre explication à donner pour la constriction de la mâchoire que celle de la section du muscle temporal. Il s'agit probablement de la section des nerfs masticateurs, qui amènent des lésions dans les muscles.

— M. SCHWARTZ fait un rapport sur un cas d'*ostéotomie*, pratiquée par le Dr Rochard. Nous avons publié ce rapport *in extenso* à la première page.

— M. PICQUÉ fait aussi un rapport sur une *nouvelle méthode d'anastomose intestinale*, due à M. Souligoux. Ce dernier s'est proposé d'établir une communication entre deux parties d'intestin, sans ouvrir immédiatement la cavité intestinale, mais en déterminant un sphacèle qui ouvrira une bouche, alors que les adhérences péritonéales auront été faites.

Voilà comment procède M. Souligoux : à l'aide d'une pince très forte, on fait une pression très forte sur l'intestin et on limite ainsi une portion qui se sphacèlera. On suture séreuse à séreuse tout le pourtour de la partie qui doit tomber, après avoir pris la précaution de toucher à la potasse la séreuse qui entoure le futur orifice, afin de déterminer des adhérences.

On peut, de la sorte, faire ses sutures et toute son opération, sans ouvrir la cavité intestinale et sans risquer d'infecter la séreuse.

Au bout de quarante-huit heures, la partie sphacélée tombe dans l'intestin et l'ouverture est ainsi produite, alors que les adhérences sont solides.

Cette méthode a été employée trois fois dans le service de M. Picqué.

M. Souligoux a eu l'idée d'adapter ce procédé à la cholécysto-entérostomie, et, dans les expériences, l'anastomose de la vésicule à l'intestin a parfaitement réussi.

M. Picqué apporte ensuite le résumé des observations Chez une première malade, il s'agissait d'un cancer du colon ascendant, déterminant de l'occlusion intestinale chronique. La laparotomie est pratiquée, on vérifie le diagnostic et on pratique l'anastomose par la méthode de M. Souligoux.

La malade, malgré quelques vomissements, a parfaitement guéri et est sortie le vingt et unième jour.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un cancer du pylore, qui nécessita une gastro-entérostomie qui fut encore pratiquée par la méthode de M. Souligoux. La malade a aussi parfaitement guéri.

Chez un troisième malade, sur lequel une anastomose intestinale fut pratiquée par la même méthode, la guérison n'a pas eu lieu.

M. Reclus s'est aussi servi de cette méthode chez une femme atteinte de cancer du pylore. Cette malade vomissait tout ce qu'elle prenait, et il y avait dix-huit jours qu'elle n'avait rien pris par la bouche, quand elle fut opérée. M. Souligoux appliqua son procédé, anastomosa l'estomac à l'intestin et l'opération ne dura que vingt minutes.

Les suites opératoires furent d'abord excellentes; il y eut une selle et les vomissements se teintèrent même de bile. La malade mourut pourtant, présentant les symptômes d'une parotidite suppurée. L'autopsie montra une région abdominale absolument saine. Les sutures avaient bien tenu, ainsi que les adhérences; la bouche anastomatique était bonne, sauf un petit pédicule retenant le lambeau sphacélé, ce qui tenait à l'imperfection de la pince à pression. On ne peut donc rendre la méthode responsable de la mort, car la malade était à son dernier terme.

M. Chaput a fait aussi, mais après M. Souligoux, des opérations sans ouverture de la muqueuse; il a supprimé l'écrasement de cet auteur et il l'a remplacé par la cautérisation au fer rouge et par l'ablation de la tunique musculaire de l'estomac dans les opérations sur cet organe.

M. Chaput exécute l'entéro-anastomose de la façon suivante : il fait chauffer au rouge sombre, sur un réchaud à gaz, une pince à longs mors, et, avec cette pince, il saisit une bande du bord convexe de l'intestin, large de 5 à 6 millimètres et longue de 5 à 6 centimètres, en tenant sa pince parallèle au grand axe de l'organe. La cautérisat on qui en résulte est profonde, et la mortification assurée. Il répète la même manœuvre sur l'autre anse.

Il exécute ensuite une rangée de sutures séro-séreuses à points séparés, espacés tous les centimètres et situés à quelques millimètres de l'eschare.

L'opération est terminée; elle a duré moins de dix minutes.

Pour pratiquer la suture circulaire par cautérisation, M. Chaput lie en masse l'extrémité des deux bouts; il excise aux ciseaux le champignon exubérant et, avec une pince portée au rouge, il saisit chaque bout, perpendiculairement au grand axe de l'organe, et il place sa pince à quelques millimètres en deçà de la ligature en masse.

Il place ensuite des points de suture séro-séreuse au delà des limites des deux eschares.

Il exécute la gastro-entérostomie d'une manière un peu différente.

L'intestin grêle est cautérisé comme il a été dit pour l'entéro-anastomose.

Il trace ensuite à la surface de l'estomac une incision elliptique, longue de 5 à 6 centimètres, large d'un centimètre et demi, ne comprenant que les tuniques séreuse et musculeuse.

Il enlève rapidement le lambeau musculaire; on aperçoit alors la face externe de la muqueuse stomacale recouverte de la celluleuse. Il cautérise toute la surface exposée de la muqueuse avec le thermo-cautère, et termine par une rangée de sutures séro-séreuses très espacées.

Il a répété sept fois sur le chien les opérations précédentes avec sept succès.

Les procédés sans ouverture de la muqueuse, comme ceux de Souligoux et ceux de M. Chaput, sont indiqués toutes les fois qu'il n'y a pas de rétention stercorale. En cas contraire, on aura recours aux procédés des sutures ou aux boutons anastomotiques bien connus.

M. Reynier a fait faire dans son service une entéro-anastomose à M. Souligoux, et il est partisan de ce procédé pour les anastomoses; mais pour la suture circulaire il n'en est pas partisan, car il estime qu'il croit dangereux de laisser la lumière intestinale bouchée pendant quarante-huit heures.

— M. Legueu lit un travail intitulé : *Torsion du cordon avec étranglement du testicule en ectopie.*

***

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 22 JUILLET 1896

Discussion sur le traitement du cancer du rectum (M. Quénu).

Rapport. — Sur une observation de pied bot, par M. Rochard. (Rapport par M. Kirmisson.)

Communication. — Sur le traitement des kystes congénitaux du cou, par M. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1896

Après avoir rappelé le mémoire que M. Gilbert et lui présentèrent à la Société, en 1890, sur la *cirrhose alcoolique hypertrophique*, M. Hanot étudie l'*hyperplasie compensatrice* que l'on observa dans cette affection. Déjà, il avait fait remarquer que l'augmentation de volume du foie est le résultat d'un processus complexe, dû à la production d'un tissu anormal composé d'anneaux fibreux, d'une part, et d'autre part à une hypertrophie des travées hépatiques.

M. Hanot a, depuis cette époque, observé plusieurs cas de cirrhose alcoolique hypertrophique : un des malades mourut d'otite suppurée, compliquée de méningite. M. Hanot put se rendre compte, dans ce cas, qu'il y avait un véritable processus de régénération du tissu hépatique; en effet, en dehors des lésions de sclérose veineuse, on trouvait un grand nombre de lobules composés de trabécules irréguliers à cellules hépatiques modifiées. C'était là une régénération par hyperplasie irrégulière; mais elle peut aussi se faire par hyperplasie régulière, c'est-à-dire par production de lobules à cellules hépatiques normales et à trabécules normalement radiés.

Quant à la cause en vertu de laquelle le processus de compensation est plus intense dans certains foies alcooliques, moins intenses dans d'autres, des études entreprises sur la pathogénie des cirrhoses hypertrophiques, conduisent M. Hanot à admettre un état préalable, originel, idiosyncrasique de la cellule hépatique, réagissant d'une façon différente, sous une même influence morbifique.

— M. H. Claude, interne des hôpitaux, présente l'histoire d'un cas d'*hypothermie remarquable au cours d'une hépatite subaigue d'origine toxique.*

Un homme de vingt-cinq ans est apporté à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême. Il est tombé sans connaissance sur la voie publique. Il peut à peine répondre aux questions qu'on lui pose. La figure est très pâle, les yeux sont cernés, la peau est froide, marbrée de plaques violacées, les extrémités cyanosées, le pouls est imperceptible,

les battements du cœur sont à peine entendus. La température prise dans le rectum, le thermomètre étant enfoncé profondément, on constate alors par deux fois, à deux heures et demie de l'après-midi, que l'instrument, éprouvé et contrôlé, marque 33°8. Sous l'influence d'une thérapeutique active, à huit heures du soir, la température rectale monte à 35°9. La faiblesse est très grande, le pouls imperceptible.

Le lendemain, la température est de 37°. On apprend du malade qu'il a subi quelque temps auparavant un commencement d'intoxication grave par des vapeurs d'acides minéraux. Ayant abandonné le métier qui nuisait à sa santé, il a vécu assez misérablement, ne souffrant pas de la faim, mais prenant une alimentation mauvaise.

On constate une légère teinte subictérique, une diminution notable des urines, avec albumine, urobiline, hypoazoturie. Les selles sont décolorées, glaireuses, le foie est douloureux spontanément et à la pression.

Les jours suivants, la température remonte, dépasse la normale, allant même un jour à 40°; mais l'état général est meilleur, les urines deviennent plus abondantes, le taux de l'urée remonte, la réaction des pigments biliaires apparaît. Au bout de trois semaines, le malade entrait en convalescence, les forces revenaient, l'albumine et l'urobiline disparaissaient, le foie restait un peu gros. Enfin, au bout de deux mois, le malade quittait l'hôpital. L'examen bactériologique du sang fut négatif.

La cause de tous ces accidents paraît relever d'une altération hépatique : la sensibilité du foie, la teinte subictérique, la décoloration des selles, la diminution des urines, l'hypoazoturie, l'urobilinurie, tous ces faits indiquent une lésion profonde du foie. Il semble que l'intoxication minérale, subie antérieurement, ait déjà altéré le foie ou l'ait prédisposé à une nouvelle intoxication probablement d'origine gastro-intestinale survenant alors; la cellule hépatique était profondément atteinte dans sa vitalité et des symptômes d'insuffisance hépatique se déroulaient tout à coup. Mais le foie malade répara ses lésions, la cellule hépatique reprit sa fonction et l'hépatite disparut complètement, en apparence, tout au moins.

— M. MARFAN communique l'observation d'un cas de *phlébite fibro-adhérente des sinus de la dure-mère chez un nourrisson.*

Un nourrisson est élevé au sein jusqu'à deux mois ; à cet âge, il est soumis à un allaitement très mal réglé ; la diarrhée apparaît, sérieuse et tenace ; quelques jours après le début de la diarrhée surviennent des convulsions, de la rigidité des membres, et la tête commence à augmenter de volume. Peu à peu se constitue une hydrocéphalie considérable et l'œil droit s'atrophie. L'enfant succombe, âgée de treize mois, à une broncho-pneumonie compliquée de varicelle.

A l'autopsie, on trouve, avec une hydrocéphalie articulaire considérable, une phlébite fibro-adhésive, oblitérante, du pressoir d'Hérophile, du sinus caverneux du même côté. Celui-ci était réduit à un cordon fibreux.

La phlébite adhésive des sinus est très rare ; je n'ai pu trouver une observation absolument identique à celle que je présente. Probablement, au début, il s'est produit une thrombose des sinus, et l'enfant ayant survécu plus de dix mois, cette thrombose a évolué comme dans la phlébite vulgaire des membres ; une végétation fibreuse s'est substituée au caillot oblitérant.

L'effet de cette phlébite oblitérante des sinus a été une hydrocéphalie ventriculaire considérable; rappelons que Barrier a rapporté plusieurs cas de tubercule du cervelet comprimant le sinus droit et produisant l'hydrocéphalie chronique. Il faut noter aussi l'atrophie progressive du globe oculaire droit, en rapport avec l'oblitération du sinus caverneux du même côté.

L'origine de la phlébite paraît résider dans la gastro-entérite. On sait, en effet, que les diarrhées graves, aiguës ou chroniques, sont parmi les causes de la thrombose des sinus chez le nourrisson.

Ce cas apporte donc un appui aux inductions que j'exposais dans une leçon récente ; il montre un des mécanismes par lesquels les gastro-entérites peuvent créer des lésions chroniques des méninges et de l'encéphale.

— M. ACHARD a appliqué les *rayons de Rœntgen à l'étude du rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique*; les photographies montrent les altérations du squelette des pieds chez un sujet atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique Ce malade avait eu plusieurs blennorrhagies, et chaque atteinte s'était accompagnée d'une poussée articulaire nouvelle. Actuellement, les pieds présentent des déformations considérables, surtout le pied gauche, dont le gros orteil recouvre les orteils voisins. De plus, il existe, de chaque côté, un point douloureux, très limité, à la partie antérieure du premier espace interosseux. L'exploration par le palper ne révèle rien en ce point, mais la photographie, par les rayons de Röntgen, explique cette douleur, en montrant qu'il existe, en ce point précis, une végétation ostéophytique qui se détache du premier métatarsien.

Les articulations ne sont donc pas seules intéressées dans ce rhumatisme chronique blennorrhagique; les os, le périoste le sont également. On trouve, d'ailleurs aussi, chez ce malade, des tuméfactions de l'extrémité inférieure du cubitus, surtout du côté droit.

Enfin, ce n'est pas la seule forme de rhumatisme blennorrhagique qui puisse produire des lésions osseuses, et M. Achard a récemment observé une jeune femme qui, à la suite d'une arthrite blennorrhagique du genou, a conservé une hyperostose générale du fémur.

— Au cours de la séance, M. FLORAND a donné la relation d'une petite épidémie d'angines. Ces angines étaient, dans quelques cas, accompagnées d'un érythème scarlatiniforme, et le diagnostic pouvait être très difficile.

— M. CATRIN a rapporté ensuite les expériences qu'il a faites sur la toxicité de l'acide borique. Cette substance e t plus toxique qu'on ne le croit généralement. M. MARFAN fait remarquer que le borate de soude, lui aussi, peut avoir des inconvénients quand on l'emploie à hautes doses, comme dans l'épilepsie.

— Enfin, M. GOURAUD a lu une note de M. ROBIN, intitulée : *Pepsinurie normale et pepsinurie pathologique.*

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. J.-B. CHARCOT a étudié une cause nouvelle d'intoxication saturnine. Il a observé à la clinique de la Salpêtrière une femme âgée de trente-deux ans, atteinte d'une paralysie bilatérale limitée aux extenseurs des doigts; cette paralysie avait tous les caractères cliniques de la paralysie saturnine : mode de début, intégrité du grand supinateur, réactions électriques. La malade, interrogée sur ses antécédents, racontait avoir éprouvé fréquemment des coliques très intenses accompagnées de constipation opiniâtre. Elle ne présentait pas de liséré gingival bien net, mais la bouche était soigneusement tenue. Grande pâleur et grand

amaigrissement. La malade, disait exercer la profession de fleuriste; depuis une douzaine d'années, elle travaillait dans un atelier avec de nombreuses compagnes et son rôle consistait à enrouler les tiges des fleurs fausses avec une espèce de papier de soie coloré en vert; pour le faire, elle mouillait fréquemment avec sa langue l'extrémité de ses doigts en contact perpétuel avec le papier vert. Or, ce papier, analysé, s'est trouvé riche en plomb. En dehors de cette cause de saturnisme, non encore signalée, le fait est intéressant, car il prouve, une fois de plus, l'influence considérable de la prédisposition individuelle dans la production d'accidents saturnins. La malade ne se souvient pas, en effet, qu'aucune de ses camarades d'atelier ait été pareillement atteinte.

— MM. A. Guillemimot et Le Lupicque, en faisant l'étude chimique d'un cas de diabète pigmentaire, ont reconnu que le pigment ocre, très abondant dans beaucoup d'organes, était constitué purement par un hydrate ferrique qu'ils ont appelé *rubigine*. Sur 53 sujets atteints de maladies diverses, les auteurs ont trouvé 7 fois la rubigine dans la rate (4 tuberculeux, 1 cancéreux 1 néphritique, 1 cas pathologiquement inconnu). 5 cas sont des maladies chroniques et connues pour faciliter les ruptures vasculaires. Du reste, on peut produire expérimentalement chez le chien un pigment identique, en provoquant des hémorragies internes.

— La méthode d'Elsner pour la recherche du bacille typhique dans les selles, a donné, dans les premiers mois de son application, des résultats merveilleux. Ces recherches avaient une extrême importance au point de vue tant doctrinal que clinique. Elles constituaient, en effet, un argument en faveur de la dualité du bacille-coli et du bacille d'Eberth et rendaient enfin possible l'isolement de ce dernier dans les milieux organiques, même en présence du bacille-coli. M. P. Courmont a, depuis le mois de février 1896, expérimenté la méthode d'Elsner, et à deux points de vue. De très nombreux ensemencements ont été faits à la température de 21 à 22° avec des cultures de bacilles d'Eberth et de bacilles-coli, seuls ou mélangés. Les résultats ont été, d'une manière générale, les mêmes que ceux obtenus par Elsner. Cependant les colonies de coli ne présentaient pas toujours l'aspect brun crémeux; elles étaient souvent minces et bleuâtres, mais, il est vrai, avec un centre toujours brun et surélevé. De plus, si dans un tube d'Esmarch, on ensemence abondamment du bacille d'Eberth et du bacille-coli, les colonies de ce dernier demeurent très petites, surtout celles en profondeur, et il devient impossible de les différencier à l'œil nu ou à la loupe.

M. Courmont a recherché le bacille d'Eberth dans les selles de 20 malades, dont 9 étaient atteints de fièvre typhoïde cliniquement certaine; un de ceux-ci était à la période de convalescence, les autres ont été examinés en pleine période d'état, avant le quinzième jour. Sur les 9 typhiques, le bacille d'Eberth n'a été isolé que deux fois. Chez les 11 autres malades atteints d'affections diverses, il n'a jamais été rencontré.

Ces résultats diffèrent beaucoup de ceux obtenus par Elsner, Lazarus, Chantemesse. M. Courmont aurait eu des résultats concordants s'il avait tenu comme rigoureuses les assertions d'Elsner, en cherchant à différencier, à l'œil nu, les colonies de bacille d'Eberth. Mais, en voulant contrôler la méthode, il s'est adressé au criterium de l'ensemencement, au bouillon lactosé des colonies suspectes.

Dans les cultures sur milieu d'Elsner, de selles typhiques, les colonies de bacille coli sont extrêmement nombreuses, même sur les tubes peu chargés, celles-ci se développent souvent peu en surface, restent à l'état de petits points brillants que l'on ne peut différencier, même à la loupe, des cultures de bacilles d'Eberth. L'ensemencement en bouillon lactosé a prouvé maintes fois à M. Courmont que les colonies prises pour du bacille d'Eberth faisaient fermenter la lactose. Ce n'est qu'en ensemençant au hasard beaucoup de colonies suspectes que l'on peut isoler le bacille d'Eberth.

En somme, l'application consciencieuse d'un procédé destiné à différencier le bacille-coli du bacille d'Eberth montre que, dans les selles de typhiques, au seul point de vue morphologique invoqué par Elsner et ses successeurs, il y a des formes de transition insensibles entre ces deux microbes.

La méthode d'Elsner marque cependant un progrès sur les méthodes antérieures; elle rend possible, sinon facile, l'isolement du bacille d'Eberth dans les selles, mais les conclusions cliniques que l'on voudra tirer de son application devront être basées sur un contrôle rigoureux des colonies suspectes.

Un autre point hasardé des conclusions d'Elsner consiste dans son affirmation que les autres microbes des selles ne poussent pas sur ce milieu. Les recherches de Roux et de Courmont prouvent que des microbes des selles d'aspect éberthiforme, coliforme ou même liquéfiant, peuvent gêner considérablement les recherches.

M. Grimbert a étudié le milieu d'Elsner au point de vue de sa constitution. Il a reconnu que sa réaction est due en grande partie à l'acidité de la gélatine et non à celle du jus de la pomme de terre. Comme elle varie d'une gélatine à l'autre, il est bon de fixer une fois pour toutes le titre acidurétique que doit posséder la gélatine achevée. M. Grimbert propose de maintenir ce titre à 1gr50 SO^4H^2 par litre, ce qui correspond à peu près à l'emploi de 5cc d'eau de chaux pour neutraliser 10cc de gélatine, en employant le phénol phtaléine comme indicateur. En employant ce milieu ainsi préparé, l'auteur a isolé quatre fois le bacille d'Eberth chez six typhiques; les deux résultats négatifs se rapportent à des convalescents.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Tuberculose expérimentale atténuée par la radiation Rœntgen, par MM. L. Lortet et Genoud.

Toutes les personnes qui s'occupent de microbiologie connaissent les remarquables recherches de M. Arloing, d'une part, de M. Duclos, d'autre part, sur l'influence atténuante et destructive de la végétabilité qu'exerce, à l'égard de certaines bactéries, une exposition plus ou moins prolongée à l'influence de la radiation solaire.

Il était donc permis de croire que les rayons Röntgen, qui impressionnent si énergiquement la plaque photographique, ne resteraient point inactifs s'ils étaient mis en présence de bactéries pathogènes. Mais l'expérimentation ne pouvait se faire que sur des animaux vivants, car nous avions constaté la résistance considérable que les tubes à culture, même très minces, opposent à la pénétration des rayons X. L'expérience suivante montre que nous ne nous étions pas trompés :

Le 23 avril 1896, huit cobayes de taille moyenne, et à peu près du même âge, sont inoculés au pli inguinal droit, après les précautions d'usage d'une antiseptie rigoureuse, avec du bouillon dans lequel on a trituré une rate d'un cobaye manifestement tuberculeux.

Le 25 avril, trois cobayes, pris au hasard dans ce lot d'animaux inoculés, sont attachés sur une planchette, les

jambes écartées, couchés sur le dos, et présentant au tube radiant la région inguinale injectée.

La même opération est répétée chaque jour, pendant une heure au moins, depuis le 25 avril jusqu'au 18 juin.

Le 9 juin, les cinq cobayes témoins présentent au membre inoculé des abcès ganglionnaires qui se sont ouverts spontanément, et qui laissent écouler une suppuration blanchâtre. Les ganglions inguinaux du côté malade sont mous, empâtés au milieu des tissus circonvoisins.

Les trois animaux traités n'ont pas d'abcès, et leurs ganglions inguinaux sont durs, régulièrement circonscrits.

Le 18 juin, les cinq témoins suppurent abondamment au pli de l'aine ou à la cuisse. Ils ont fortement maigri. Les trois cobayes en traitement sont, au contraire, en très bon état. Ils ont augmenté de poids; leurs ganglions inguinaux, de petit volume, se ratatinent de jour en jour, sont parfaitement limités et ne présentent aucune tendance à la suppuration.

L'autopsie seule pourra nous montrer ce qu'est devenue la tuberculose chez ces derniers animaux. Nous n'avons évidemment pas la prétention de croire que nous en ayons fait disparaître toutes les propriétés nocives. Mais en attendant les résultats donnés par l'examen microscopique, nous croyons avoir le droit de dire que la radiation Röntgen a modifié le développement aigu de la tuberculose et en a transformé heureusement les allures chez les cobayes mis en expérience.

Ce résultat, quelque incomplet qu'il soit, peut cependant, pensons-nous, autoriser à soumettre à l'influence des rayons Röntgen des tuberculoses superficielles et limitées à la plèvre, ainsi que les ganglions tuberculeux du mésentère.

L'expérimentation nous a, en effet, prouvé qu'avec une instrumentation convenable et des piles assez puissantes, les parois thoraciques, ainsi que les poumons, sont traversés avec la plus grande facilité par les rayons X. Ceux ci passèrent aussi très rapidement à travers les masses intestinales même remplies par les substances alimentaires.

Il serait donc logique et facile d'essayer sur ces régions tuberculisées, chez des enfants surtout, l'influence heureuse que nous avons constatée sur les cobayes tuberculisés expérimentalement.

Observations et remarques sur le pouvoir bactéricide et la substance bactéricide du sérum sanguin. — Note de M. S. Arloing.

I. Aux procédés déjà usités pour mettre en évidence le pouvoir bactéricide du sérum sanguin, MM. Gruber et Durham en ont ajouté un autre, qu'ils ont fait connaître au récent Congrès de Médecine interne tenu à Wiesbaden.

Il consiste à associer, *in vitro*, 40 milligrammes de sérum à 2 cc. de bouillon tenant en suspension, comme une émulsion, 30 milligr. de microbes empruntés à une culture sur agar-agar. Si le sérum provient d'un sujet immunisé contre le microbe sur lequel on opère, les micro-organismes se rassemblent en grumeaux, se déposent au fond du tube où s'opère la réaction, le bouillon se clarifie et finit par prendre, au-dessus du précipité, sa transparence primitive. Un certain nombre des microbes entraînés de cette façon perdent en tout ou en partie leur faculté de végétation, ainsi que leur affinité pour les matières colorantes; enfin, ils se résolvent en granulations et se détruisent. Si, au contraire, le sérum provient d'un sujet normal, l'émulsion persiste; on ne voit s'y déposer qu'un très petit nombre d'individus.

MM. Gruber et Durham ont étudié la réaction sus-indiquée sur plusieurs vibrions cholériques, sur le bacille d'Eberth et le bacille d'Eschrich. Ils la regardent comme spécifique, de sorte qu'elle pourrait servir à différencier des microbes jouissant de quelques propriétés communes.

II. J'étudie actuellement un sérum, celui d'une génisse ayant reçu sous la peau, par de nombreuses injections graduées, une grande quantité (800 c.c.) de sérosité virulente du poumon péripneumonique, qui produit la réaction de MM. Gruber et Durham avec la plus grande netteté sur les émulsions en bouillon du pneumo-bacille que j'ai retiré des lésions de la péripneumonie contagieuse du bœuf. Moins de quinze minutes après le mélange, on saisit le phénomène de l'agglutination; en moins d'une demi-heure, les grumeaux commencent à tomber au fond du tube de verre; en une heure et demie, les deux tiers de la colonne liquide sont déjà clarifiés. A ce moment, quelques groupes de bacilles se colorent à peine par la thionine. Cette modification s'accuse davantage avec le temps; le lendemain, elle coexiste avec la résolution en granulations de beaucoup d'individus.

Le sérum d'une génisse normale réagit à peine et lentement sur la même émulsion.

Bien que mon sérum soit recueilli depuis le mois de février, son pouvoir bactéricide est tel, qu'il entraîne la réaction à la dose de 10 milligrammes, c'est-à-dire dilué à 1/20.

III. Si la réaction est tentée sur une émulsion de pneumo-bacilles dans l'eau distillée stérilisée, elle ne se produit pas. La colonne liquide reste toujours louche et opalescente; tout au plus, un léger dépôt apparaît-il au fond du tube dix à quinze heures après l'addition du sérum immunisé. Pour obtenir ce résultat, il faut opérer avec de l'eau bien pure et dans des tubes de verre très propres.

M. Buchner avait déjà signalé l'influence nuisible de l'eau (1), et signalé, à la même époque, que la solution physiologique de sel marin dilue le sérum sans lui enlever sa propriété bactéricide.

IV. M. Buchner est allé trop loin en disant que la dilution du sérum dans l'eau distillée fait disparaître le pouvoir bactéricide. Dans mes expériences, il persistait à l'état latent, car, deux heures après l'adjonction du sérum à l'émulsion, il suffisait d'ajouter quelques gouttes de la solution physiologique de sel marin pour provoquer la réaction dans les tubes où elle ne pouvait s'établir. Parfois même les grumeaux se formaient et s'amoncelaient au fond du tube avec une rapidité surprenante.

V. Des effets de la dilution du sérum dans l'eau distillée et dans la solution de sel marin, du résultat de la dialyse du sérum bactéricide en présence de l'eau simple ou de l'eau salée, M. Buchner conclut que l'eau pure agit en changeant la proportion des sels du sérum, proportion indispensable au maintien de la composition normale des albuminates auxquels le pouvoir bactéricide serait attaché. Pour ce bactériologiste, le changement subi par le sérum tient à une modification dans la proportion des matières minérales.

Je viens d'observer que le sel marin peut être remplacé par d'autres sels, le chlorure de potassium, le bicarbonate de soude, par exemple, et que l'action qui semble appartenir au chlorure de sodium est aussi l'apanage du bouillon de viande simple, d'une solution de peptone pure à 7 pour 1,000, de l'albumine d'œuf. La peptone agit même avec une intensité remarquable.

Puisque des matières organiques peuvent dégager très rapidement le pouvoir bactéricide rendu latent par la pré-

(1) *Central für Bakter*, 1889, p. 817.

sence de l'eau distillée, il paraît vraisemblable que M. Buchner s'est exagéré l'importance des matières minérales dans la conservation de l'intégrité de la substance bactéricide.

VI. D'un mémoire de M. Bordet, il ressort, me semble-t-il, que la substance bactéricide est une dans le sang normal et dans le sang des immunisés, que seule l'intensité des effets est différente, et que la différence tient à la présence de la substance préventive dans un cas, à l'absence dans l'autre.

Pourtant, en comparant le sérum normal à celui de la génisse immunisée, en présence de l'eau distillée, j'ai relevé des différences curieuses. Ainsi, l'eau pure, loin d'empêcher le pouvoir bactéricide du sérum normal de se manifester, l'exalte relativement au bouillon. Le chlorure de sodium, qui fait apparaître le pouvoir bactéricide du sérum immunisé, associé à l'eau pure, est ici à peu près sans influence ainsi que la solution de peptone et le bouillon simple. Quant au chlorure de potassium et au bicarbonate de soude en solution à 7 pour 1,000 qui combattent l'action nuisible de l'eau sur la substance bactéricide du sérum immunisé, ils suspendent, au contraire, l'action bactéricide que le sérum normal manifeste en présence de l'eau.

Ces faits ne sont guère favorables à la conception d'une substance bactéricide unique, répandue et préformée dans le sang des animaux neufs et vaccinés. Ou bien, il faut admettre que le contact de la substance préventive spécifique modifie profondément certaines des propriétés que celle-là possède dans le sang des sujets neufs.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les Drs Cluzan, Du Cazal, Huchart, H. Laurent (médecins de l'armée active); Manson (médecin de la marine); Grall (médecin des colonies).

Chevaliers. — MM. les Drs Bayrac (de Lille); Kinsbourg père (de Remiremont); Millet (de Montmorency); Alvernhe, Badin, De Balthasar de Gachéo, Bourdeloy, Bréau, Brindel, Carrière, Chopard, M.-L.-A. Colin, A.-P.-C. Delahousse, Dorange, Duléry, Godart, Jouanno, F.-P. Lambert, M.-C.-H. Lambert, Laydeker, Milliès dit Lacroix, Mistarlet, Schmit, Soula, Vedel, Villary (médecins de l'armée active); Jacquot, Lafite (médecins de l'armée territoriale); Chassériaud, Gouzien, Guillarmou, Laborde, Leclerc, Marestang, Martel, Mialaret, Pellissier (médecins de la marine).

Concours du Bureau central (Médecine). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit.

M. Méry est arrivé *ex-æquo* avec le dernier nommé.

Proposition de loi au sujet de la création des Facultés. — M. Deandreis, sénateur de l'Hérault, a déposé sur le bureau du Sénat une proposition de loi ayant pour objet de décider qu'aucune Faculté nouvelle ne pourra être créée autrement que par une loi.

Legs. — Par décret est approuvée la transaction relative aux dispositions testamentaires de Mme Titus d'Ernesti, née Bader, par laquelle le légataire universel, M. Sully-Bertin, consent à verser à l'Académie de médecine de Paris une somme de 100,000 francs, nette de tous frais.

Cette somme de 100,000 francs devra servir, avec d'autres ressources, à la construction projetée d'un nouveau local de l'Académie de médecine.

— Par décret, le secrétaire général de l'Œuvre des enfants tuberculeux, ayant son siège à Paris, est autorisé à accepter le legs universel fait au profit de cette œuvre par M. Henri-Marie-Eugène Marolleau, et consistant dans la nue propriété des immeubles du testateur, ledit legs représentant un actif net de 202,966 fr. 54.

Congrès français de médecine (3e session, Nancy 1896). — Voici le programme général des séances du Congrès :

Jeudi 6 août. A dix heures du matin, séance d'ouverture à la salle Victor Poirel. — A deux heures, séance générale à l'Institut anatomique de la Faculté de médecine ; lecture du mémoire intitulé : « De l'application des sérums sanguins au traitement des malades » (rapporteurs : MM. Roger et Haushalter); discussion ; communications diverses sur le même sujet. — A neuf heures, réception à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Vendredi 7 août. A huit heures du matin, visite des hôpitaux.— A dix heures, communications diverses. — A deux heures, séance générale à l'Institut anatomique ; lecture du mémoire intitulé : « Coagulations sanguines intra-vasculaires » (rapporteurs : MM. Mayet et Vaquez); discussion ; communications diverses sur le même sujet.

Samedi 8 août. A neuf heures du matin, communications diverses. — A deux heures, séance générale ; lecture du mémoire intitulé : « Pronostic des albuminuries » (rapporteurs : MM. Arnozan et Talamon); discussion ; communications diverses sur le même sujet.

Dimanche 9 août. Excursion à Contrexéville et Vittel : Train spécial ; déjeuner et dîner offerts gracieusement aux Membres du Congrès par les Compagnies des Eaux.

Lundi 10 août. A neuf heures et à deux heures, communications diverses.

Mardi 11 août. A neuf heures, séance générale : Choix de la ville où se réunira le quatrième Congrès; élection du Bureau pour la prochaine session; questions diverses. Excursion à Plombières : Train spécial et banquet offerts aux Membres du Congrès par la Compagnie des Thermes.

Troisième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — La réception des membres du Congrès aura lieu le lundi 3 août, à l'Examination Hall (Victoria Embankment), de midi à six heures, pour la distribution des cartes de membres et des programmes divers.

Le soir même, réception des membres étrangers par les membres anglais du Congrès, à l'International Hall (café Monico, Piccadilly-Circus), de neuf heures à minuit.

Le mardi 4, à onze heures du matin. — Séance d'ouverture.

Le mercredi 5. — Réception le soir chez le Lord Maire (Mansion House), de neuf à onze heures.

Le vendredi 7. — Banquet offert aux membres étrangers à l'Hôtel Cecil.

Il est recommandé d'arriver à Londres de préférence le dimanche 2 août, le lundi 3 étant un jour de fête nationale.

Mercredi 5 août, à 9 heures. — Cas de lichen plan, lichen acuminé, pityriasis rubra pilaire, lichen simplex chronique (de Vidal), etc. Prurigo. Kératose pilaire et diverses. Kératoses. Angiokératome. Ichtyose.

A 2 heures. — Tumeurs de la peau. Hydrocystome. Adénomes. Angiomes. Fibromes. Xanthome. Carcinome. Rodens

ulcer. Kerodermа pigmentosum. Sarcome cutané. Mycosis fongoïde.

Jeudi 6 août, à 9 heures. — Tuberculoses cutanées (types divers). Erythème induré des scrofuleux. Acné. Lichen scrofulosorum.

A 2 heures. — Maladies parasitaires d'origine végétale observées en Angleterre.

Vendredi 7 août, à 9 heures. — Purpura. Urticaire pigmentaire. Dermatite herpétiforme. Pemphigus végétant. Hydroa estival et autres variétés.

A 2 heures. — Cas de syphilis.

Samedi 8 août, à 9 heures. Maladies de la peau en rapport avec des troubles du système nerveux. Syringomyélie, etc. Lèpre.

En outre, il y aura une exposition permanente de moulages, photographies et dessins relatifs aux maladies de la peau, ainsi qu'un choix très grand et varié de préparations histologiques, et de cultures au moyen desquelles seront faites des démonstrations et des projections.

Les personnes qui désireraient envoyer des préparations, des cultures ou des reproductions, sont priées de vouloir bien en informer le comité le plus tôt possible.

Les docteurs en médecine français qui désirent prendre part au Congrès et ne se sont pas encore fait inscrire, sont priés d'envoyer leur adhésion et leur souscription (52 fr.) sans retard à M. le Dr Feulard, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

Prix de la Société médico-psychologique. — Voici les prix proposés pour l'année 1897 :

Prix Aubanel. — 2,000 francs — *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Prix Belhomme. — 600 francs. — *Du langage chez les idiots.*

Prix Esquirol. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues, en 1895 et 1896, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1897, devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Comité secret. — Un journal politique a raconté que l'Académie de Médecine s'est constituée, la semaine dernière, à la suite de la séance publique, en comité secret, pour examiner en grand mystère le cas d'un membre correspondant français dont l'attitude professionnelle aurait été incorrecte.

Présentée ainsi, cette nouvelle est inexacte.

Le *Temps*, en effet, croit savoir que l'Académie s'est, en effet, occupée du cas d'un *médecin étranger*, correspondant de la Compagnie, que quelques personnes accusaient d'abuser, dans des réclames imprimées et destinées à la publicité à l'étranger, de son titre de correspondant. Après un examen impartial des faits, l'Académie n'a relevé aucune charge contre ce praticien et n'a eu à prendre aucune décision à son égard. *(Progrès médical.)*

Association de la Presse médicale française. *Réunion du 10 juillet 1896.* — Le 10 juillet a eu lieu le trente-troisième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le professeur Cornil. Dix-neuf personnes y assistaient.

M. le Dr De Lavarenne (de Paris) représentant *La Presse médicale* (de Paris); M. le Dr Lévy (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Polytechnique illustrée* (de Paris); M. le Dr Déléage, représentant la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie* (de Paris), ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. les Drs Cabanès (*Chronique médicale*) et Archambaud (*Revue médicale*), MM. Bilhaut et Butte.

La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie, qui s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire, a décidé de réunir cette semaine les délégués des sociétés et associations médicales ayant approuvé l'idée de cette fête.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

Pied bot varus équin congénital chez l'adulte, traité par l'extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et des deux tiers antérieurs du calcanéum; guérison, par le Dr E. Rochard. — Rapport par M. E. Kirmisson.

Messieurs,

Je viens brièvement vous rendre compte d'une observation qui vous a été communiquée par notre collègue, le Dr E. Rochard, et qui a trait à un pied bot congénital traité par une large tarsectomie.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, présentant un pied bot congénital invétéré du côté droit. Au moment de la naissance, la difformité était double; l'enfant subit une double ténotomie du tendon d'Achille, suivie du port d'appareils orthopédiques. A gauche, la difformité fut assez bien corrigée par le traitement; au moment où le malade se présenta à l'examen de M. Rochard, à l'hôpital Lariboisière, en août 1895, il restait seulement, à gauche, un peu d'équinisme accompagné d'un léger chevauchement des orteils; à droite, la face plantaire regarde directement en dedans, la face dorsale directement en dehors; c'est sur elle que le malade appuie le pied, et, au niveau du point d'appui, il existe une énorme bourse séreuse. L'astragale fait saillie sous la peau; le pied est dans l'adduction; chevauchement des orteils. Les péronés et les tibias ont la même longueur des deux côtés.

Le 19 août, M. Rochard opéra de la façon suivante : Après application de la bande d'Esmach, incision sur le bord externe du pied; extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et des deux tiers antérieurs du calcanéum, sans sections tendineuses; redressement complet du pied, qui est placé dans un appareil plâtré.

Les suites opératoires ont été satisfaisantes; au bout de vingt jours, le premier pansement a été fait et on a enlevé les fils; le quarantième jour, suppression de l'appareil plâtré. Le 30 octobre, c'est-à-dire au bout de deux mois et demi environ, le malade a commencé à marcher à l'aide de béquilles.

Au moment où il nous a été présenté, le 4 décembre dernier, l'état était le suivant : le malade reposait bien directement sur la plante du pied, mais il conservait encore une petite fistulette au côté externe du cou-de-pied et se servait d'un appareil à tuteurs latéraux embrassant la partie inférieure de la jambe. J'eusse été heureux de le revoir pour juger du résultat définitif, et c'est dans cette intention que j'ai différé le rapport que je devais vous présenter. Malheureusement, malgré les recherches auxquelles

---

FEUILLETON

Histoires de revenants.

Du temps où je lisais Balzac, une chose me frappait par dessus toutes dans le talent de l'illustre écrivain : c'est l'effet de terreur intense auquel il savait atteindre. Et je suis sûr que les deux lignes que je viens d'écrire rappeleront à ceux qui ont lu son œuvre, c'est-à-dire à tous les hommes de ma génération et à plusieurs de celle d'aujourd'hui, quelques-unes des impressions poignantes qu'ils ont éprouvées à la lecture de telle ou telle scène véritablement angoissante. Les inventions les plus fantastiques d'Edgar Poë ne sont rien à côté de celles-là, et si je mesure les sensations physiques par où s'expriment et se traduisent les émotions morales que l'un et l'autre auteur font naître, je trouve qu'Edgar Poë donne un léger frisson, que Balzac rend pâle et muet de peur.

Du premier, tout le monde a présent à l'esprit le fameux conte du « Pendule », où un malheureux est couché au fond d'un puits, dont les murailles sont de métal rougi, rayonnant une chaleur suppliciante, et du haut duquel oscille un pendule dont le bord est tranchant comme une faux.

Le pendule, à chacune de ses oscillations, descend de quelques millimètres, s'approchant inexorablement du cou de la victime, qu'il entaillera peu à peu, lentement, sans qu'elle puisse quoi que ce soit pour se soustraire à l'inévitable morsure de l'acier. En même temps, les parois de métal brûlant se rapprochent, exaspérant sans cesse la douleur des brûlures.

Cependant une bouche d'abîme s'entr'ouvre sous la face du supplicié. Il y jette un regard, et son épouvante est si formidable, qu'il s'écrie : « Tout, tout, plutôt que cela! »

Notez que le gouffre n'est pas décrit, qu'on ne nous dit rien des horreurs qu'il doit recéler dans ses profondeurs, et que notre imagination peut se donner là-dessus libre carrière. Malgré cela, malgré ce qu'il peut y avoir d'inexprimable, et peut-être à cause de ce qu'il y a d'inexprimable dans une terreur plus grande que celle du fer et du feu qui s'approchent seconde par seconde, on reste au-

il s'est livré, M. Rochard n'a pu retrouver son malade. Le fait n'en est pas moins intéressant; et vous pouvez, d'ailleurs, par l'examen des moulages que l'auteur a joints à sa communication, juger de la valeur du résultat obtenu.

Messieurs, je ne veux pas, à propos de cette observation, reprendre ici l'histoire du traitement du pied bot invétéré, d'autant que la question est posée devant le prochain Congrès de Chirurgie, où elle pourra être discutée tout à loisir. Je ferai observer, cependant, que dans l'examen des motifs qui l'ont conduit à cette large tarsectomie, M. Rochard fait intervenir surtout l'âge du malade (dix-neuf ans); on ne saurait, d'après lui, se conduire de la même façon chez un adulte et chez un enfant. Si, chez l'enfant, l'incision de Phelps, combinée à la large arthrotomie médio-tarsienne se montre suffisante, chez l'adulte, la tarsectomie deviendrait nécessaire. Nous ne saurions, pour notre part, admettre ce raisonnement dans toute sa rigueur. Deux fois, au moins, chez des jeunes filles de dix-neuf et de seize ans, nous avons pu, par la seule incision de Phelps, combinée à une large arthrotomie médio-tarsienne, corriger des pieds bots invétérés. Tout dernièrement, nous avons eu l'occasion de revoir l'une de ces jeunes filles que nous avions opérée cinq ans auparavant, à l'âge de seize ans, et nous avons pu constater chez elle l'excellence du résultat.

Nous pensons donc que, même chez l'adulte, c'est à l'articulation médio-tarsienne, siège principal des lésions dans le pied bot congénital, qu'il faut s'adresser tout d'abord. Si la large arthrotomie médio-tarsienne se montre insuffisante, on pourra y joindre une excision cunéiforme du tarse au côté externe, de façon à compléter le redressement. L'avantage que présente cette manière de faire, c'est de ménager, autant que possible, le squelette. Il faut bien le dire, en effet : si, dans son cas particulier, M. Rochard a réussi à obtenir un redressement complet, ce n'est qu'en sacrifiant une grande partie du squelette du pied; mesuré de son bord externe, le pied opéré mesure 5 centimètres de longueur en moins que le pied sain.

Ces réserves faites, je vous propose, messieurs, d'adresser nos remerciments à notre collègue, M. Rochard, en déposant dans nos archives son observation.

REVUE DE LA PRESSE

Enquête de la Société américaine de Pédiatrie sur le sérum antidiphtérique.

M. Talamon, dans le dernier numéro de la *Médecine moderne*, nous donne, en même temps que les chiffres intéressants relevés par la Société américaine de Pédiatrie, leur comparaison avec les résultats obtenus en France.

Voici résumés les points intéressants de cet article :

Cette enquête porte sur un total de près de 6,000 cas de diphtérie, exactement 5,794 cas.

Sur un ensemble de 5,794 cas, il y a eu 713 morts, soit une mortalité de 12,3 %. Si on retranche de cette statistique 218 malades qui étaient mourants au moment de l'injection et qui ont succombé dans les vingt-quatre heures, il reste 5,576 cas, avec une mortalité de 8,8 %.

C'est, à quelques dixièmes près, le chiffre donné par Sevestre dans sa statistique de l'hôpital des Enfants malades pour 1895, 8,13 %.

Disons d'abord que sur les 615 médecins qui ont

dessous de ce que l'auteur a prétendu nous faire éprouver. Il y a aussi là-dedans quelque chose d'irréel et d'invraisemblable qui concourt à atténuer l'effet produit.

Voici du Balzac, maintenant :

Une femme d'une rare piété, d'une irréprochable vie, d'une dévotion rigide jusqu'à l'austérité, a, dans son existence, un secret affreux. Cette ascète a un amant. Ce n'est point là une passion banale, un caprice du cœur ou des sens, une tendresse commune ou un vice vulgaire. C'est un de ces amours impérieux qui maitrisent les plus forts, font tout plier devant eux, écrasent les volontés et les pétrissent à leur gré, ne leur laissant plus que le désir et la puissance de tout mettre à leurs ordres et à leur service.

Par un enchainement de circonstances qui ôte à cette coïncidence tout ce qu'elle a de convenu et de ridicule, le mari entre un soir brusquement dans la chambre de sa femme, dont l'amant n'a que le temps de se jeter dans un de ces placards qu'on aimait à multiplier autrefois dans l'épaisseur des murailles.

Le mari a l'intuition très nette de ce qui vient de se passer. Il n'a rien vu cependant; il n'a rien entendu; mais il est sûr. Il interroge sa femme qui nie, qui nie avec serments devant l'image du Christ. Alors, le mari fait venir un maçon, et, séance tenante, devant sa femme immobile d'horreur, il fait murer la porte du placard, et reste avec elle, dans cette même chambre, pendant plusieurs jours, sans en franchir le seuil un seul instant.

De cette lutte entre la froide cruauté de l'homme, l'héroïsme de l'amant qui se tait, et la lâcheté de cette femme qui laisse s'accomplir le forfait, il se dégage je ne sais quoi de torturant et de physiquement douloureux. A deux ou trois reprises, après que la maçonnerie est achevée, il semble qu'on entende un râle étouffé. Et à la question du mari : « N'avez-vous pas entendu, là, comme un soupir? — Non, rien, répond la femme. — Alors, c'est qu'il n'y a vraiment personne ! »

Je cite cette scène entre beaucoup d'autres non moins terribles. Mais ce n'est point encore dans ce genre de récits que Balzac a atteint au plus haut degré de ses effets d'émotion et de peur. Je ne sais rien, sous ce rapport, qui vaille quelques-unes des histoires qu'il fait raconter souvent par les médecins qui traversent sa comédie humaine.

répondu à l'appel du comité, plus de 600 se sont prononcés hautement en faveur du traitement par le sérum; la grande majorité s'en déclarent partisans enthousiastes.

Pour l'âge et l'époque de l'injection, l'enquête confirme ce que nous savons. La mortalité est plus élevée au-dessous de 2 ans, 23,3 %. Elle diminue rapidement à mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte, 14,7 %, de 2 à 5 ans; 12,1, de 5 à 10; 6,2, de 10 à 15; 3,5, au-dessus de 15 ans. Sur 359 malades âgés de plus de 15 ans, il n'y a eu que 13 morts, et encore 4 étaient mourants au moment de l'injection; en retranchant ces 4 cas, sur 355 adultes traités par le sérum, la mortalité a été seulement de 2,5 %.

Le moment de l'injection n'est pas moins important. L'injection, pour donner un effet utile, doit être faite dans les trois premiers jours. Sur 4,120 cas injectés dans ces conditions, la mortalité a été de 7,3 %, et, en éliminant les malades qui ont succombé dans les vingt-quatre heures, seulement de 4,8 %. Mais, après le troisième jour, la mortalité s'élève rapidement et ne diffère pas de la mortalité ordinaire de la diphtérie, 20,7 % pour le quatrième jour, et 35,3 pour le cinquième jour.

Les résultats les plus démonstratifs sont fournis par les cas de diphtérie laryngée, et, en particulier, par les cas de croup traités par l'intubation. Le tubage a été pratiqué 533 fois, avec 138 morts, soit une mortalité de 25,9 % et de 16,9 %, déduction faite des malades moribonds au moment de l'opération. Avant l'emploi de l'antitoxine, un total de 5,547 tubages colligés, en 1892, par Mac Naughton et Maddren, donnait une mortalité de 69,5 %. On remarquera encore l'identité des résultats obtenus d'après l'enquête américaine avec ceux de la statistique de Sevestre à l'hôpital des Enfants malades; mortalité générale des enfants tubés : 25,9 %, enquête américaine; 27,07, statistique de Sevestre; mortalité réduite : enquête américaine, 16,9; statistique de Sevestre, 17,7.

Le rapport de la Société de Pédiatrie ne signale que l'action du sérum sur trois des complications ordinaires de la diphtérie: la broncho-pneumonie, la paralysie et l'albuminurie.

Pour la broncho-pneumonie, les 3,384 malades n'en ont fourni que 193 cas, soit 5,9 %, proportion remarquablement faible quand on la compare avec les statistiques ordinaires des hôpitaux.

Dernièrement, à la Société médicale des Hôpitaux, MM. Sevestre et Netter ont émis l'opinion, mais sans pouvoir l'appuyer de chiffres précis, que la paralysie diphtérique est plus rare depuis l'emploi du sérum. L'enquête américaine ne paraît pas confirmer cette opinion. Sur les 3,384 cas, on relève 328 cas de paralysie, soit une proportion de 9,7 %. En admettant la proportion de 11 %, donnée par Sanné, sur un total de 2,448 cas de diphtérie observés avant l'emploi de l'antitoxine, on voit que la différence est minime. Le rapport signale la fréquence de la paralysie cardiaque avec mort brusque, 32 fois sur les 328 cas.

Quant à l'albuminurie, les renseignements sont trop incomplets pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion. Elle est notée 350 fois, soit dans 10 % seulement des cas. Mais, dans plus de la moitié des cas, il n'est pas mentionné que l'examen des urines ait été pratiqué.

Est-ce à la diphtérie même, est-ce au sérum qu'il faut attribuer ces accidents rénaux ? Rien ne permet de conclure dans un sens plutôt que dans l'autre. Il est certain que l'albuminurie est la règle dans la

---

Le fameux Bianchon en narre un certain nombre qui donnent la chair de poule.

En les mettant dans la bouche de celui de ses personnages qui représentent, dans ce qu'elles ont de plus élevé et de plus étendu, la science et la pratique médicales, le romancier faisait preuve à la fois d'une rare habileté et d'une observation pénétrante.

Personne, en effet, si ce n'est peut-être les confesseurs, n'a vu ni entendu de choses aussi effrayantes que les hommes voués par profession à passer leur vie au milieu de toutes les douleurs et de toutes les misères du corps et de l'esprit, à travers les tristesses et les souffrances des salles d'hôpital, ou parmi les cauchemars des salles d'anatomie.

Ces réflexions me venaient à l'esprit, une fois de plus, il y a peu de jours encore, à propos d'une conversation entre confrères, dans laquelle fut cité un fait qui atteint, je crois, les dernières limites des effrois auxquels notre art peut nous exposer. Je le raconterai sans en avoir demandé l'autorisation à celui qui en fut le très malheureux témoin, car je fus retenu, au moment de la solliciter, par la crainte qu'elle ne me fût refusée. Le confrère dont je vais trahir le secret, si longtemps gardé par lui, me pardonnera en faveur du mobile très avouable qui m'y pousse : mettre en garde nos cadets contre une telle aventure. D'ailleurs, tant d'années se sont écoulées depuis qu'elle eut lieu, que, sans les précautions que je vais prendre pour taire les lieux et les personnes, aucun inconvénient ne peut résulter de sa divulgation.

Elle nous fut contée au retour d'une de ces expéditions chirurgicales en pleine campagne, dont il m'a toujours été assez pénible de faire partie, sans que je puisse en préciser les raisons. Ce jour-là, des incidents opératoires graves et multipliés avaient donné à l'opérateur et à ses aides plus d'une chaude alerte. Après avoir manqué trois ou quatre fois de perdre le blessé sous le chloroforme et le couteau, nous l'avions laissé assez mal en point; et, bien qu'exempts de toute faute, nous revenions sous une impression presque pesante.

Une calèche antique, énorme et roulant mal, nous ramenait à la ville, au trot discordant de deux petits chevaux, à travers d'affreux chemins que l'orage transformait

diphtérie. Mais on connait quelques faits bien observés où l'albumine n'ayant pas été constatée avant l'injection s'est montrée dans l'urine le lendemain ou le surlendemain de l'injection antitoxique.

Il est encore à noter que sur les 3 seuls cas où, d'après l'enquête américaine, la mort pourrait être rapportée à l'emploi du sérum, deux fois on a constaté de l'albuminurie et des accidents d'origine rénale. Dans l'un, il s'agit d'un garçon de deux ans et demi : diphtérie amygdalienne, pharyngée et nasale. Diagnostic confirmé par la culture. Injection le matin du 4e jour de 10 cc. du sérum fourni par l'Institut de New-York ; température au moment de l'injection, 37°7 ; pas de septicémie ; l'enfant nesemble pas très malade ; pas d'albumine dans l'urine, Aggravation immédiate après l'injection. En dix heures la température monte à 39°4 ; l'urine devient albumineuse ; la gorge se déterge rapidement ; mais prostration marquée, anémie extrême, fièvre continue irrégulière et mort par épuisement et syncope, quatre jours après l'emploi du sérum.

L'autre cas est celui d'un garçon de trois ans et demi : diagnostic confirmé par la culture ; malade depuis deux jours ; fausses membranes sur les amygdales et dans le nez ; deux injections du sérum de l'Institut de New-York. « Une néphrite aiguë se développa après la seconde injection, suivie de coma, de convulsions et de mort vingt-quatre heures après la seconde injection. » En réponse à une demande d'informations supplémentaires, le médecin a donné les renseignements suivants : « Le cas semblait plutôt bénin ; l'injection fut faite dans l'après-midi et répétée l'après-midi du jour suivant, en tout environ 1,500 unités. L'urine, à ce moment, n'avait pas été examinée. Environ quatorze à seize heures après la seconde injection, des symptômes graves se montrèrent indiquant une infection des reins. L'urine était chargée d'albumine. Mon impression fut que l'antitoxine avait produit, hâté ou aggravé une néphrite, cause de la terminaison fatale. »

Le troisième cas de mort est le cas du Dr Kortright, de Brooklyn. La mort survint brusquement avec des convulsions dix minutes après l'injection. Les points principaux de l'observation sont les suivants : jeune fille de seize ans ; bonne santé ordinaire ; diphtérie tonsillaire ; diagnostic confirmé par la culture, injection le premier jour de 10 cc. de sérum de Behring ; mort avec convulsions dix minutes après.

Ce fait reste inexplicable pour le moment, comme celui de l'enfant de Langerhans, comme celui que Hoffner a publié dans le *Wiener méd. Presse* du 21 juin dernier. Les deux autres peuvent s'interpréter de différentes façons. Mais, si rares qu'ils soient, ces cas mortels existent. D'autre part, nous savons que des accidents moins redoutables s'observent dans plus du quart des cas. Qu'ils soient dus à la qualité du sérum, à l'association streptococcienne, à l'état organique antérieur du sujet même, c'est ce qu'il importe de préciser. Maintenant que l'action curative du sérum n'est plus discutée, il serait utile d'étudier d'un peu plus près la cause des accidents imputables à l'antitoxine.

Faculté de Médecine de l'Université de Paris. — M. Sevestre, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie), à l'hôpital des Enfants-Malades.

École de Médecine de Dijon. — M. Ballier, licencié ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie. — M. Bonnabeaud, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

---

devant nous en fondrières. La chaleur était étouffante, malgré la nuit faite depuis longtemps, malgré la pluie torrentielle, mais tiède, qui se ruait en cascades sur notre vieux véhicule. Toutes les dix secondes un éclair nous la faisait voir rayant de stries lumineuses le fond noir du ciel.

Les émotions de l'après-midi avaient donné à notre causerie un tour particulier. On se remémorait d'autres émotions analogues, antérieurement éprouvées. C'était surtout les souvenirs des premières semaines de fréquentation des amphithéâtres d'anatomie, que chacun évoquait.

Je rappelai la frayeur que m'avait occasionnée la poignée de mains très appuyée d'un mort. Voici en quelles circonstances. Habitué depuis plusieurs jours déjà à la vue et au contact des sujets, n'ayant même rien trouvé de bien impressionnant à ce spectacle dont la tristesse disparait sous l'animation saine et bien vivante dont la foule des travailleurs emplit les salles de dissection, je me risquai, un beau matin, à entrer seul dans un cabinet où un cadavre injecté de la veille avait été déposé. C'était en plein hiver, par une température sibérienne qui prolonge au delà des limites ordinaires le phénomène de la rigidité cadavérique. Les bras du sujet au lieu de s'allonger souples sur la table, étaient légèrement fléchis ; les mains, dont les doigts étaient à demi fermés, reposaient au niveau des plis de l'aine. Je glissai mes doigts sous ceux du mort et fis le mouvement d'écarter son bras du tronc. Brusquement je sentis sur ma main une assez forte pression. L'explication du fait ne me vint qu'après quelques secondes. Sur le moment même je ne songeai pas que l'extension du poignet tendant à augmenter la longueur des fléchisseurs des doigts, et ces fléchisseurs étant rigides, les doigts devaient forcément se plier davantage vers la paume et emprisonner un instant ma main. Avant que la réflexion ait eu le temps d'agir, je m'étais vivement reculé, secouant mon bras, comme fait un enfant pincé par un crabe ; et je crois que si j'avais eu alors un compagnon, il eût pu me voir pâlir un peu.

Je fus peut être plus ému et non moins sottement une autre fois. Je commençais à n'avoir plus besoin de me tenir constamment en garde contre les surprises de la vue ou du toucher et j'ouvrais les portes sans les précautions

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1896

A la fin de décembre dernier, M. Duguet avait présenté à l'Académie un malade atteint d'*actynomicose buccofaciale*. Ce malade fut traité par l'iodure de potassium, à la dose de 5 grammes par jour, puis par des injections de teinture d'iode. Au mois d'avril dernier toutes les fistules étaient fermées et la guérison complète bientôt obtenue. Depuis ce moment elle s'est maintenue. C'est là un nouvel exemple, très démonstratif, de l'efficacité du traitement ioduré dans l'actinomycose.

— M. Reclus lit un rapport sur un travail de M. Legrain (de Bougie) ayant trait à la *fréquence du sarcome en Algérie* et à sa guérison par les médecins indigènes. La rareté de l'épithélioma contraste avec la fréquence du sarcome. M. Reclus se demande si la rareté de l'épithélioma n'est pas en rapport avec la sobriété des indigènes, leur genre de vie, leur alimentation presque végétarienne ; ils n'absorbent pas, en particulier, de viande de porc. On sait que Verneuil avait autrefois émis l'idée que l'alimentation carnée, et, en particulier, la viande de porc, jouait un rôle dans la fréquence du cancer. Avec M. Reclus, il avait réuni des faits prouvant que les herbivores sont moins souvent atteints de cancer que les carnivores ; que les pays où le cancer est le plus fréquent sont ceux où la consommation de la viande est la plus grande ; enfin que le cancer avait augmenté beaucoup dans la clientèle hospitalière et que ce fait était lié à l'augmentation de la consommation de la viande.

M. Reclus analyse ensuite quelques observations de M. Legrain, dans lesquelles il s'agit de sarcomes, reconnus comme tels par l'examen histologique et guéris par l'application d'une sorte de goudron préparé avec des arbustes divers, notamment le genévrier.

M. Reclus fait remarquer toutefois que le diagnostic histologique du sarcome est difficile et il faut se demander s'il ne s'est pas agi, dans tous ces cas, de tuberculoses cutanées; c'est sur ce point la surtout que devront porter de nouvelles recherches; la question en vaut la peine.

— M. Lancereaux, qui s'est depuis longtemps occupé des *paralysies toxiques en général*, communique aujourd'hui deux faits d'*intoxication arsenicale*, remarquables non seulement par l'extension et la durée des paralysies, mais aussi par la fièvre qui les a accompagnées.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de treize ans, qui depuis longtemps était soumise à un traitement par la liqueur de Fowler, pour du psoriasis. Elle fut prise brusquement de fièvre (38° le matin, 40° le soir), de courbature, d'anorexie, d'un état saburral des voies digestives, avec vomissements glaireux. On pensa tout d'abord qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde : puis, comme cet état se prolongeait, on incrimina la tuberculose.

M. Lancereaux, appelé à voir l'enfant, remarqua que les extrémités inférieures étaient engourdies et froides. Bientôt, les membres inférieurs se paralysaient de plus en plus, et les muscles extenseurs des orteils s'atrophiaient. Le diagnostic de paralysie d'origine toxique s'imposait. M. Lancereaux fit cesser l'arsenic, prescrivit le régime lacté, et la guérison survint rapidement.

Dans le deuxième fait, une femme de trente-huit ans, prenant depuis longtemps de l'arsenic, fut prise de frissons, de fièvre, de céphalées, de diarrhée, d'engourdissements, avec sensations de brûlure dans les jambes. L'arsenic ayant été supprimé, tous ces phénomènes disparurent ; mais la malade présenta auparavant un érythème intense qui confirmait le diagnostic.

M. Lancereaux rappelle les principaux travaux sur l'intoxication arsenicale et il insiste sur les manifestations fébriles de cette intoxication. Il conclut que l'arsenic doit toujours être employé avec prudence et qu'on ne doit jamais le continuer plus d'un mois.

— M. Clozier (de Beauvais) présente un travail sur la *toxhémie des gastro-entéropathes*. Les phénomènes de cette toxhémie sont les suivants : intoxications de l'organisme par un poison autochtone, ralentissement de la circulation, retroidissement du corps à la périphérie, impotence musculaire, absence ou diminution des sécrétions sudorales ou urinaires, des excrétions intestinales, des transformations hépatiques ; adynamie du système cérébro-spinal.

— Au cours de la séance, M. François Franck a lu une note sur la *défense de l'organisme contre les variations*

---

du début. Ce jour-là, je pénétrai ainsi sans défiance dans une salle vide, où l'on se réunissait habituellement pour des exercices de médecine opératoire. Mais je ne franchis pas le seuil et refermai la porte avec plus d'empressement encore que je n'en avais mis à l'ouvrir.

Je venais d'apercevoir, appuyé contre le poêle qui occupait le milieu de la salle, un tronc mutilé. Mais ce tronc et la tête qui le surmontait n'avaient pas l'apparence qu'on est accoutumé à leur voir dans ces endroits. Le sujet, qui devait être promptement enterré, n'avait été ni injecté ni rasé. Dans sa face, qu'encadraient des cheveux noirs bouclés, en désordre, et une barbe souillée de sang, les yeux s'ouvraient tout grands, à peine vitreux ; la bouche était convulsée en un rictus qui la maintenait à moitié ouverte, et cette figure avait ainsi une expression saisissante de terreur et de souffrance. On eût dit qu'un cri allait jaillir de ces levres. L'aspect des lambeaux rouges et encore saignants qui pendaient aux épaules et qui bâillaient aux hanches, justifiait l'illusion et l'exaspérait encore... Pendant longtemps il me resta désagréable d'avoir à ouvrir la porte de cette salle.

L'un de nous conta ce fait assez amusant. Il avait confié le soin à l'un des élèves qui suivaient sa visite d'hôpital, de recueillir du sang de la rate d'un typhique qui venait de succomber, et de le lui rapporter aussitôt. Le corps avait été porté à la salle de repos en attendant le délai réglementaire pour le transport à l'amphithéâtre. « Allez-y de suite, avait dit le chef de service; vous pousserez un instant la porte sur vous pour éviter qu'un indiscret ne vous voie là, vous ferez vite votre ponction et vous reviendrez. »

La salle de repos était une sorte de petite chapelle sombre, sans fenêtres, qu'éclairait seulement une mauvaise veilleuse suspendue au plafond. Contre le mur du fond, une apparence d'autel, noir et semé de larmes blanches, supportait, de chaque côté d'une croix grossière, deux vieux cierges jaunes sur des chandeliers de bois noir. Quatre lits en fer garnissaient les murailles. Notre jeune homme part, pénètre dans l'obscur réduit, s'y enferme, cherche presque à tâtons le lit où gisait le décédé, et choisit la place où il enfoncera son aiguille.

Il fallait certainement moins de cinq minutes pour aller, agir et revenir. Pourtant un quart d'heure s'était écoulé

anormales de la pression artérielle, et M. Barré a présenté quatre cas de *guérison de maladies infectieuses par la désintoxication du sang* (saignées et injections de sérum artificiel); les cas traités ont été : 1 pneumonie infectieuse, 1 rhumatisme cérébral, 2 urémies.

Enfin, M. Empis a lu un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Daudet. (*Diagnostic bactériologique des angines.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Quénu reprend la question du traitement du cancer du rectum. L'extirpation, malgré tous les progrès opératoires, est une opération grave. Tel n'est pas l'avis de M. Chaput, et M. Quénu ne partage pas cette opinion.

M. Quénu a fait treize fois l'opération de Kraske. et il a eu cinq morts.

Du reste, la statistique de M. Chaput ne lui permet pas d'affirmer la bénignité de l'intervention, car sur dix cas, il y a deux cancers de l'anse oméga, et sur les huit autres cas il y a deux morts. Cette statistique est, du reste, bonne, car elle donne 25 °/₀. Celle de Czerny est la meilleure, 4 °/₀. M. Quénu cite encore de nombreuses statistiques.

C'est, du reste, une opération qui se fait assez rarement; car la statistique de M. Chaput porte sur huit cas; celle de M. Quénu ne porte que sur treize cas. Cela tient peut être à ce que l'examen du rectum est fait très tard par le médecin traitant.

M. Quénu a examiné vingt malades atteints de cancer du rectum depuis peu d'années, et il n'en a trouvé que deux d'opérables. L'orateur insiste sur la nécessité d'intervenir de bonne heure et montre que chez certains malades, même une petite tumeur nécessitant une petite intervention, amène la mort, sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi. Et il en cite un exemple pour le cancer du rectum, et un exemple pour un cancer de la langue. Chez des malades semblables on ne peut donner un pronostic opératoire.

Au sujet de la technique opératoire, M. Quénu se borne à insister sur ces faits qu'il faut enlever le cancer du rectum comme une tumeur, et se garder d'ouvrir la cavité intestinale; sur la nécessité de pratiquer au préalable un anus iliaque et de se mettre en garde contre les plus petites chances d'infection.

Quand faut-il faire l'anus contre nature? M. Scheede le fait dans la même séance; M. Chaput deux jours avant; M. Quénu estime qu'il faut bien dix ou douze jours pour rendre le moins septique possible l'extrémité du rectum à enlever.

M. Quénu montre qu'on peut aussi se servir de l'incision iliaque pour explorer le petit bassin. On peut ainsi facilement atteindre l'hypogastrique et se rendre compte des ganglions indurés qui peuvent s'y trouver.

Quant à la guérison définitive, sur les huit opérés qui n'ont pas succombé à l'opération, deux ont récidivé avant un an, et un malade est resté sans récidive pendant cinq ans et demi. M. Chaput arrive à une guérison de 50 °/₀ : c'est exagéré. Au rectum comme ailleurs, le cancer obéit aux mêmes lois, quoi qu'on en ait dit.

M. Chaput préfère faire l'anus contre nature deux jours avant l'extirpation, parce que le malade n'a pas le temps de s'affaiblir, et estime qu'il suffit de quarante-huit heures pour nettoyer le rectum.

M. Bazy s'est servi de l'incision de l'anus iliaque pour explorer le petit bassin, il y a de cela quatre mois. Cette exploration lui permit de sentir des ganglions.

M. Routier a changé un peu d'avis depuis sa première communication, et n'est plus aussi enthousiaste de l'opération de Kraske. Il ne peut laisser dire que l'anus iliaque affaiblit les malades, comme l'a dit M. Chaput. Au contraire, après l'établissement de cet anus, on voit les malade se remonter, aussi est-il de l'avis de M. Quénu, et met-il toujours l'intervalle d'une dizaine de jours entre l'opération de l'anus iliaque et l'opération de Kraske.

M. Reclus insiste sur l'excellence de l'anus iliaque et rappelle que la Société de Chirurgie a été autrefois de cet avis. Il supprime l'hémorragie et la douleur.

Pour M. Reclus, quand le cancer est immobile, il faut l'anus iliaque. Quant à l'opération de Kraske, il a bien une guérison de cinq ans, mais ce sont là des cas si exceptionnels qu'il est peu porté à la faire.

M. Tuffier affirme l'opinion de M. Reclus; il est devenu beaucoup moins enthousiaste de l'opération de Kraske, et fait maintenant plus souvent l'anus iliaque.

M. Berger a vu deux malades qui ont succombé dans les quarante-huit heures à une opération de Kraske, et il a

---

sans que l'étudiant fût de retour. Et le temps marchait toujours, la demi-heure y avait passé; le chef de service s'impatientait, puis il s'inquiéta; enfin il y alla voir. Il trouva son élève assis, affaissé, écroulé sur une marche d'escalier non loin de la chambre de repos. Blême, inondé de sueur, tout haletant encore, le malheureux garçon ne cessait d'éponger son visage et d'assécher ses mains.

« — Eh! quoi donc, cher ami, que vous arrive-t-il? Êtes-vous souffrant? — Ah! monsieur, allez-y là-bas, si vous voulez, moi je n'y retourne plus. Je ne sais pas si cet homme-là est mort ou vivant. »

Il s'était passé qu'au moment de faire la ponction, un peu ému peut-être par l'aspect lugubre du lieu, déployant plus de force qu'il n'eût fallu pour faire pénétrer l'aiguille, ayant comprimé trop violemment l'abdomen ou le thorax du cadavre, l'élève avait entendu sortir de ce gosier de mort, un soupir sonore et rude, un « han! », râpeux qui l'avait porté de suite au comble de l'effroi. Il en tremblait encore une heure après. Personne ne rit de son aventure et, en vérité, on comprend ce qu'une émotion de ce genre peut avoir de douloureuse acuité.

Et à propos de ce fait, nous parlions avec cette légère et pardonnable irrévérence qui nous est coutumière en certains sujets, les sentiments qui traverseraient l'âme d'un médecin s'apercevant, à la table d'autopsie, qu'il vient d'ouvrir un faux cadavre, et de la conduite qui lui serait imposée alors par les circonstances. Et les hypothèses, invraisemblables d'ailleurs, d'aller leur train. Ce dévergondage d'imagination nous ramenait doucement à la gaîté.

Parmi nous était un confrère d'un grand âge, éloigné depuis nombre d'années de la pratique de la clientèle. Il ne nous avait accompagnés que parce que des liens de parenté l'unissaient au malade que nous avions vu. Il n'avait guère pris part à la conversation, et depuis quelques minutes il paraissait gêné. Tout à coup il prit la parole à son tour.

— « Messieurs, l'hypothèse dont vous plaisantez ravive le plus douloureux souvenir de ma longue carrière. Je suis assez près de la tombe, maintenant, pour pouvoir laisser échapper un secret qui a pesé sur toute ma vie. Il y a bientôt près d'un demi-siècle, qu'un officier jeune, vigoureux,

attribué les différents symptômes remarqués à l'intoxication par l'iodoforme. Il a un malade qui a quatre ans de survie après une extirpation du rectum.

M. Quénu rappelle que dans les observations allemandes l'intoxication iodoformée est incriminée; mais chez ses malades il avait bourré la plaie à la gaze stérilisée simple. Quant au nettoyage du rectum, si on veut le nettoyer, les lavages ne suffisent pas; il faut le curetter si on veut arriver à un résultat.

M. Quénu a essayé le carbure de calcium et cela ne lui a pas donné de bons résultats.

M. Chaput n'est pas si enthousiaste que ses collègues de l'anus iliaque, et a toujours vu les malades s'affaiblir; s'ils se remontent, c'est au bout de deux ou trois semaines, et c'est beaucoup attendre pour un cancéreux.

— M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Rocbard, intitulé : *traitement d'un pied bot varus equin, invétéré par la tarsectomie postérieure*. Nous donnons ce rapport *in extenso* à la première page du numéro.

La discussion de ce rapport est remise à une date ultérieure.

— La séance se termine par la lecture d'un travail de M. Verchère sur l'étude des kystes congénitaux du cou.

***

Ordre du jour de la séance du 29 juillet 1896

1° Suite de la discussion sur le traitement du cancer du rectum (M. Th. Anger);

2° *Rapport* sur un cas de contusion du foie, par M. Faure. Rapport par M. Walther;

3° *Communication* sur l'anastomose intestinale par le procédé de M. Souligaux, par M. Picqué.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet 1896

M. Sevestre vient présenter, à la dernière communication de M. Variot, des objections portant sur deux points : 1° Moyen de diminuer le spasme laryngé; 2° modification du tubage, désigné sous le nom de dilatation de la glotte et d'écouvillonnage du larynx.

Sur le premier point, M. Sevestre est d'accord avec M. Variot pour admettre l'utilité du moyen propre à faire cesser le spasme qui cause les accès de suffocation; mais il fait des réserves sur l'emploi de la codéine, qu'il n'oserait prescrire dans une maladie aussi déprimante que la diphtérie. Il préfère l'antipyrine et les enveloppements froids.

Quant à l'écouvillonnage du larynx et à la dilatation de la glotte, M. Sevestre en rejette absolument l'emploi systématique.

Les accidents déterminés par la présence du tube dans le larynx (obstruction du tube, troubles de la déglutition, ulcérations du cricoïde et des aryténoïdes) sont très rares. Les tubages et détubages successifs, par contre, ne peuvent-ils avoir des inconvénients? M. Sevestre a vu plusieurs enfants présenter des broncho-pneumonies quelques jours après avoir subi ces manœuvres.

M. Variot répond que la codéine n'a pas autant d'inconvénients que M. Sevestre le croit.

Pour ce qui est de la dilatation de la glotte et de l'écouvillonnage du larynx, M. Variot se défend tout d'abord d'avoir voulu proposer un système. Mais, d'une part, les inconvénients du séjour du tube dans le larynx sont plus considérables que ne le dit M. Sevestre : dans un tiers des cas d'autopsie d'enfants ayant conservé le tube plus de quarante huit heures, M. Variot a observé des ulcérations en coup d'ongle sur la muqueuse recouvrant le cricoïde; de plus, il a observé de l'aphonie chez plusieurs enfants ainsi tubés; il s'agit sans doute de fluxion autour des ulcérations; celles-ci guéries, elles peuvent laisser après elles des rétrécissements du larynx.

Donc, il faut essayer la dilatation, non pas brusque, mais graduée, avec des tubes de plus en plus gros que l'on laisse quelques minutes seulement en place et que l'on retire pour placer plus tard si besoin est.

Quant à l'écouvillonnage, il est quelquefois absolument nécessaire, car il permet le rejet de fausses membranes qui obstrueraient le tube. M. Variot se défend encore de l'avoir proposé comme moyen systématique dans tous les cas de croup.

— M. Rendu communique ensuite deux faits d'*abcès du foie tropicaux*.

« Anatomiquement, dit M. Rendu, ce sont deux exemples typiques de cette variété d'abcès du foie, qu'on a décrite

---

marié à une femme charmante et père d'un bébé de quelques mois, fut envoyé en garnison dans la ville que j'habitais alors et que je quittai à la suite de l'événement que je vais vous conter. Il s'était logé à l'hôtel, provisoirement, et il y tomba malade peu de jours après son arrivée. Je fus appelé près de lui et ne constatai rien de sérieusement inquiétant. Les symptômes qu'il présentait n'avaient rien de bien défini. Je portai le diagnostic de fièvre gastrique légère, et rassurai sa femme.

« Il mourut dans la nuit, en quelque sorte sans qu'on s'en aperçut.

« Je ne donnai le billet de décès qu'après avoir examiné le corps avec soin.

« Des raisons d'un ordre spécial rendirent l'autopsie nécessaire. On décida qu'elle serait faite le lendemain, environ trente heures après le décès.

« Je fus tourmenté tout le jour par l'étrangeté de cette mort, et tourmenté au point que, tout en me moquant de mes scrupules, je revins dix fois près du corps qu'on n'avait point enseveli, et dix fois je le palpai, j'appliquai mon oreille à sa poitrine. J'amenai même, avec moi, vers le soir, un de mes confrères et le priai de recommencer lui-même l'examen avec la plus extrême rigueur. Sa conclusion ne différa pas de la mienne. C'était bien un cadavre qu'il venait de voir. Je veux encore parfois espérer que c'en était un. Et pourtant il y avait cette chose étrange que la pâleur du mort était moins pâle qu'il n'eût fallu. Il y avait sous cette peau un je ne sais quoi qui m'effrayait. Ce n'était point la vie, et celle-ci ne se traduisait d'ailleurs par aucun autre signe. Je me raisonnai, je violentai mes nerfs, et le lendemain, à l'heure dite, calme et rassuré, je procédai à l'autopsie.

« Elle eut lieu dans l'hôtel même, en présence du confrère qui m'avait assisté la veille, d'un officier, camarade du défunt, et d'un infirmier que l'hospice m'avait bien voulu prêter comme aide.

« Nous avions, à cette époque déjà lointaine, l'habitude de relever un long plastron thoraco-abdominal, par une immense incision partant d'une articulation sterno-claviculaire pour revenir à l'autre après avoir côtoyé les mamelons, les épines iliaques et le pubis. On menait cette incision à fond du premier coup, et il y avait du mérite à la

sous le nom d'abcès tropical : une poche unique, volumineuse et anfractueuse, renfermant une énorme quantité de pus, laissant intact le parenchyme hépatique circumvoisin. Cette circonstance, éminemment favorable, a permis d'obtenir une guérison rapide et définitive, une fois la poche purulente ouverte et drainée.

« Cliniquement, ces deux abcès se sont comportés d'une façon presque similaire. Tous deux se sont développés lentement, sans éveiller jamais aucune réaction fébrile violente. »

M. Rendu, après avoir donné très en détail l'histoire de ses deux malades, insiste sur les caractères de ces grands abcès tropicaux, sur l'apyrexie qui accompagne leur développement, sur la stérilité du pus, sur la longue incubation de ces abcès.

« Je ne veux, dit-il en terminant, tirer qu'une conclusion de mes deux observations, c'est que les abcès tropicaux peuvent évoluer avec une singulière lenteur, et très longtemps après le départ des germes pathogènes, au sein du parenchyme hépatique. Il y a donc lieu de tenir grand compte du séjour des malades dans les pays chauds, quand il s'agit de diagnostiquer une affection du foie douteuse, et de ne pas éliminer l'hypothèse d'une hépatite suppurée, même si la fièvre est absente et si les renseignements étiologiques sont nuls au point de vue des antécédents dysentériques. »

— M. Galliard communique un cas de *fistule œsophago-pulmonaire compliquant un carcinome de l'œsophage.*

« Un homme de cinquante-huit ans, qui n'est pas syphilitique, et dont les antécédents n'offrent rien de spécial, souffre depuis quatre mois de dysphagie ; il ne peut avaler que des liquides, il a des regurgitations et son r pas est fréquemment interrompu par des quintes de toux suivies d'*expectoration alimentaire*. Il crache du lait finement aéré. Ce symptôme permet d'établir l'existence d'une fistule qui conduit les liquides de l'œsophage dans les petites ramifications bronchiques. Après six semaines de séjour à l'hôpital Tenon, le malade, qui a refusé la gastrostomie proposée, a une syncope mortelle. Je trouve l'estomac rempli par un énorme caillot sanguin ; cancer de la petite courbure et du cardia ; cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Au fond d'une petite cavité creusée dans la paroi antérieure de l'œsophage, on découvre l'entrée d'un trajet fistuleux aboutissant à la portion postéro-inférieure du poumon droit, qui présente une série de petits abcès, mais pas d'infiltration cancéreuse. »

— M. Béclère, revenant sur la récente communication de M. Florand, rappelle que celui-ci, en présence d'une épidémie d'angines à streptocoques avec éruptions scarlatiniformes, avait éliminé le diagnostic de scarlatine en s'appuyant sur ce fait qu'il n'y avait pas de desquamation. Or, dans une petite épidémie familiale de scarlatine type, la desquamation a manqué dans un cas. La conclusion de M. Florand pourrait donc être critiquée.

— Enfin, M. Gougueinheim a relaté l'observation d'un cas d'amygdalite à streptocoque terminé par la mort à la suite de la généralisation de l'infection streptococcique.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. G. Pouchet a fait des recherches intéressantes sur la composition et l'action physiologique du pambotano. Il a pu reconnaître dans la racine les substances suivantes : 1° Une quantité appréciable de saponine; 2° un alcaloïde; 3° une substance résineuse, colorée, active sur le cœur et la circulation; 4° une autre substance résineuse, incolore et dépourvue d'activité. Le résinate alcalin (résine colorée combinée à un alcali) et l'alcaloïde ont la même action sur le cœur : il y a ralentissement des contractions et augmentation de la pression artérielle.

— MM. Dalche et Heim ont étudié l'action emménagogue du séveçon. Grandval et Lajoux ont extrait de S. Vulgaris et S. Probead, deux alcaloïdes nettement définis : la séveçonine et la sévecine. Les principes existent en quantité très faible dans ces deux espèces. C'est des substances amères, la sévecine surtout, à sels solubles dans l'eau. Les alcaloïdes sont localisés dans les parties intérieures, dont l'une est la moelle. Les espèces les plus riches en principes actifs sont les S. érucafolius et paludosus.

Les alcaloïdes des séveçons n'ont pas encore été extraits en quantité suffisante pour servir à l'expérimentation thérapeutique. On emploie, en Angleterre et en Amérique, sous le nom de sévecin, une substance brune, de consistance résineuse, extraite du S. Probead. Il s'agit là d'un mélange. La pharmocopée anglaise et américaine fait sur-

---

tracer tout entière sans reprises. Je me targuais alors d'une certaine adresse et de quelque vigueur du poignet. Je circonscrivis donc cet effroyable lambeau d'un seul coup de tranchant Je le circonscrivis presque, car je fus arrêté en chemin par le plus effroyable obstacle qui puisse se rêver.

« L'incision était aux trois quarts achevée, quand le corps eut un soubresaut convulsif qui le souleva presque de la table. Le couteau me tomba des mains. Atterés, nous nous regardions tous quatre d'un air presque hostile. Aucun autre mouvement ne se produisit néanmoins. Un peu de sang avait coulé, mais cela avait cessé de suite.

« Nous étions-nous trompés ? Avais-je été victime d'une hallucination due à mes incertitudes de la veille ? Pour moi, c'était possible ; mais pour les autres ?...

« Nous achevâmes l'*autopsie*, dans quelles dispositions d'esprit, vous le devinez. Anxieux, nous recherchions avec avidité la trace d'une lésion qui eût expliqué la mort ; que dis-je ? Nous recherchions la trace d'une lésion quelconque ; aussi insignifiante fût-elle, peut-être nous eût-elle suffi.

« On ne trouva rien.

« Les trois autres témoins de cette scène, dont le souvenir me glace encore, sont morts sans avoir révélé l'horrible doute qui plane sur elle. Resté seul aujourd'hui des quatre acteurs qu'elle frappa d'épouvante, je la raconte pour la première fois. Et, de l'avoir pu faire enfin, j'en éprouve, messieurs, comme un soulagement. »

Ainsi parla notre vieux et vénéré confrère. Et après lui avoir, en témoignage de sympathique compassion à la douleur qu'il rappelait, serré cordialement la main, nous respectâmes le silence qu'il parut vouloir garder alors...

Le reste du chemin s'acheva plus tristement encore qu'il n'avait commencé.

Deux mots de Fonssagrive. — Une dame lui demandait son avis sur une indisposition de sa soubrette.

— Ce n'est rien, n'est-ce pas, docteur ?...

— Rien, répondit-il, qu'un *enfantillage*.

Une malheureuse, surprise d'avoir laissé entendre un bruit insolite, le dissipait de son mieux en frappant de sa bottine. — Elle a beau faire, disait-il, elle n'a pas su trouver la rime.

tout usage de l'extrait fluide du S. Probead. Cet extrait représente poids pour poids la drogue qui a servi à le confectionner. La dose de l'extrait fluide, habituellement prescrite, est de vingt gouttes quatre fois par jour. On a encore proposé une teinture (1/10) de plante fraîche qui, d'après Murrel, peut être ingérée à dose journalière, variable de 6 à 56 grammes pendant la durée d'un mois, sans déterminer le moindre accident.

Pour le même auteur, on peut aller, avec la sévecine, jusqu'à 1/2 once (14gr37) quatre fois par jour, en débutant par 1 drachme (1gr77) six fois par jour.

Morrel a expérimenté le Sevecio Tacobax; il a constaté que le seveçon est efficace dans l'aménorrhée fonctionnelle, principalement d'origine *a frigore*. Il le considère encore tout indiqué dans l'aménorrhée *post partum*, à condition qu'il ne s'y joigne aucun état anémique. Pour lui, dans l'aménorrhée des anémiques, le seveçon ne produit aucun effet, mais il est susceptible d'agir, alors que l'usage de préparation ferrugineuse a heureusement modifié l'état d'anémie. Dans les cas de règles douloureuses, le seveçon serait un calmant, et il aurait guéri une leucorrhée rebelle datant de plusieurs mois. Il agirait en déterminant une augmentation de flux menstruel.

MM. Dallhé et Heim ont donné à leurs malades des bols d'extrait de sencus vulgaris de 0,25, au nombre de 8 à 10, dans le courant de la journée. Le médicament leur a paru calmer les douleurs menstruelles, à la condition que les organes génitaux soient sains; au contraire, il reste sans effet si la dysménorrhée des chloro-anémiques, des nerveux-hystériques ou neurasthéniques, des jeunes filles chez lesquelles les coliques menstruelles de longue durée semblent dues à une ovulation pénible, défectueuse, etc. Pour MM. Dallhé et Heim, il est probable que le séveçon favorise l'établissement du flux cotoménial, mais l'effet n'est pas constant. Les souffrances causées par les affections de la matrice et de ses annexes ne sont pas amendées par le séveçon, même lorsqu'elles sont exaspérées par la menstruation; il a échoué contre les règles douloureuses dans les phlegmonies utérines ou périutérines, métrites, salpingites, aussi bien que contre les symptômes douloureux des périodes intercalaires.

— M. Blondel a présenté à la Société des échantillons de teinture d'iode, dont l'emploi a provoqué des accidents graves. Injectée à la dose de 6 cq, au moyen d'une seringue de Briems, aussitôt après le curettage, elle a provoqué une vive sécrétion locale et générale. Des son réveil, la malade accuse une douleur intolérable dans le bas ventre et dans les reins; au bout de deux heures des vomissements se déclarent, du sang apparaît à la vulve; le pouls est de 115° sans élévation marquée de température. La glace sur le ventre, les lavements laudanisés ne calment qu'en partie les symptômes. Deux autres malades ont reçu la même teinture d'iode en injection intra-utérine et ont présenté des accidents non moins graves. Le pharmacien qui avait débité cette substance, le matin du jour de son emploi, a dit à M. Blondel que peut-être, dans le flacon délivré, il restait un peu d'alcool méthylique ayant servi au nettoyage de la fiole. Le produit dégage une odeur suffocante, excitant vivement la conjonctive et la muqueuse nasale.

— M. Courtade avait, il y a quelques années, prescrit à un enfant atteint de blépharite des badigeonnages de teinture d'iode sur les paupières; il fut fort surpris d'apprendre qu'une seule application du topique ait provoqué une inflammation grave. La teinture d'iode avait été préparée avec de l'alcool méthylique, elle présentait une odeur spéciale qui avait irrité les yeux de la mère, pendant qu'elle badigeonnait les paupières de son enfant.

Pour M. Crinon, dans les cas de ce genre, il y a formation d'acide iodhydrique, la teinture d'iode ayant sans doute été préparée avec de l'alcool dénaturé. L'acide iodhydrique se développe du reste à la longue, même dans la bonne teinture d'iode.

Le mieux, d'après M. Vigier, serait de se servir d'alcool absolu pour préparer la teinture d'iode.

— M. C. Ferreira a vanté l'emploi de la glycérine dans la colique hépatique. L'huile d'olives à hautes doses compte de nombreux succès, et beaucoup se sont loués de son action presque instantanée contre les douleurs dont les paroxysmes s'atténuent visiblement, se raccourcissent et peuvent même avorter sous l'influence de 200 grammes d'huile, administrés en une seule dose. Dujardin-Beaumetz pensait que l'huile agissait, dans ces conditions, comme cholagogue, en diminuant l'action réflexe et en favorisant la descente du calcul dans l'intestin, à l'aide de ses effets laxatifs. Elle présente, toutefois, un inconvénient capital : la répugnance des malades, qui résistent souvent à la médication. Outre cela, les vomissements étant un accident très fréquent dans les crises de coliques hépatiques, il arrive que l'intolérance de l'estomac constitue un obstacle invincible à l'emploi de pareil agent.

La glycérine, proposée par M. Ferreira pour remplacer l'huile d'olives, représente un réel progrès, attendu que les avantages de la médication ne s'amoindrissent pas avec ce médicament. Employé à la dose de 20 grammes, ce médicament enraye les phénomènes douloureux. Son administration au début de l'accès peut le faire avorter, et M. C. Ferreira a apporté des observations confirmatives.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Action de diverses substances sur les mouvements de l'estomac; innervation de cet organe.

M. Bacelli, dans des expériences sur les chiens, les chats, les lapins, les rats, a observé les mouvements de l'estomac au moyen d'un ballon de caoutchouc introduit dans la cavité de l'organe par une ouverture faite à ses parois. Les substances dont il a étudié l'effet sur les mouvements de l'estomac peuvent être divisées en quatre groupes :

1° Celles qui excitent les mouvements de l'estomac, soit énergiquement (muscarine, pilocarpine); soit moins énergiquement, quoique à un degré notable (nicotine, quinine, cocaïne, digitale, caféine); soit faiblement (tartre stibié, émétine, arsenic);

2° Celles qui sont sans action sur les mouvements de l'estomac (certains purgatifs, strychnine, pepsine);

3° Celles qui diminuent la contractilité de l'estomac, soit faiblement (curare, morphine, acide cyanhydrique, vératrine, eau froide); soit fortement et abolissant même ces mouvements (chloral et surtout atropine);

4° Enfin, celles qui abolissent les contractions rythmiques de l'estomac, les parois de l'organe se contractant en masse d'une manière énergique (ingestion d'éther ou de chloroforme).

Quant à l'innervation de l'estomac, ses expériences l'ont amené à conclure qu'il existe dans le nerf vague deux espèces de fibres : les fibres motrices et les fibres inhibitrices, provenant toutes deux de la branche interne du spinal; les fibres propres du pneumo-gastrique n'en contiennent pas.

L'excitabilité motrice des nerfs vagues sur l'estomac peut être modifiée de diverses façons : augmentée par la vératrine, l'ellébore, la caféine ; diminuée par le chloral, le curare, la nicotine ; abolie soit par le jeûne prolongé, soit par l'atropine et la cocaïne, qui paralysent les fibres motrices tout en respectant les fibres inhibitrices. Ces fibres inhibitrices du vague sont excitées par la pilocarpine.

Le splanchnique n'a pas sur l'estomac constamment la même action : le plus souvent, il est franchement inhibiteur ; d'autres fois, il est légèrement accélérateur ; enfin, il peut n'avoir aucune action sur les mouvements de l'estomac. Ses fibres paraissent être paralysées totalement par l'atropine. La galvanisation simultanée du splanchnique et du vague diminue beaucoup, et abolit quelquefois même l'excitabilité de ce dernier.

* * *

Action physiologique des courants à haute fréquence et leurs effets thérapeutiques.

M. d'Arsonval a étudié, à l'aide d'un dispositif ingénieux imaginé par lui, l'action prolongée des courants à haute fréquence sur les animaux, à l'état normal, soit à l'état pathologique naturel ou provoqué.

Pour éviter toute action perturbatrice, l'animal en expérience est placé dans une cage cylindrique, isolante, couchée horizontalement. Cette cage est entourée extérieurement d'un gros conducteur faisant quinze à vingt tours, et à travers lequel passe le courant à haute fréquence. Ce solénoïde induit dans le corps de l'animal des courants de haute fréquence qui ne sont nullement sentis. Ces courants exagèrent les combustions organiques que l'auteur mesure directement par la perte de poids que subit l'animal, au lieu de les déduire, comme on le fait d'ordinaire, de l'analyse des gaz de la respiration. Il a dès lors pensé que les courants à haute fréquence donneraient de bons effets dans les maladies par ralentissement de la nutrition, telles que certaines formes du diabète, goutte, rhumatisme, obésité.

Les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu sur deux diabétiques et un obèse ont vérifié ses présomptions et ouvrent une nouvelle voie thérapeutique dont il reste à fixer les détails.

LES LIVRES NOUVEAUX

Leçons sur les maladies du système nerveux, par M. F. Raymond, professeur de clinique des maladies nerveuses, recueillies et publiées par MM. E. Ricklin et A. Souques.

M. le professeur Raymond vient de publier la première série des leçons qu'il a faites à la Salpêtrière, pendant l'année 1894-95.

Ce volume comprend deux parties :

La première n'est en quelque sorte qu'une introduction, développée en neuf leçons, à l'étude de la pathologie nerveuse proprement dite. Le professeur y retrace l'*œuvre d'un homme* et l'*œuvre d'une époque*.

L'*œuvre d'un homme* : c'est l'exposé de la vie médicale de Charcot, avec l'énumération de ses principaux travaux sur les diverses branches de la médecine, et surtout de la neuropathologie, éclairée et fécondée par l'intervention de la méthode anatomo-clinique. Une large et légitime place est accordée aux conquêtes réalisées par le maître dans l'étude des *localisations cérébrales et spinales* de *l'hystérie* et de *l'hypnotisme*, ces trois grands domaines qu'il a explorés et on peut dire illustrés le premier, avec ses qualités géniales de « clinicien et de penseur ».

L'*œuvre d'une époque* : c'est l'histoire de la neurologie et de son évolution dans le courant de ce siècle, grâce aux efforts convergents des anatomistes, des physiologistes, des embryogénistes, mais surtout des cliniciens et des anatomo-pathologistes, depuis Ch. Bell (1811), duquel datent les premières notions exactes touchant l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, jusqu'à l'époque contemporaine qui est marquée par une révolution profonde dans la conception de la structure fine du système nerveux, révolution dont nous sommes redevables aux perfectionnements de la technique histologique.

Les vingt-deux leçons qui forment la deuxième partie du volume ont trait aux faits cliniques observés à la consultation ou dans le service. Les sujets traités sont les suivants : Paralysie bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes. — Compression hémorragique du plexus brachial. — Paralysies radiculaires du plexus brachial. — Paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial. — Sur les lésions de la queue du cheval. — Héinatocyélie du cône terminal. — Syndrome de Brown-Séquart, d'origine probablement syringomyélique. — Syndrome bulbo-protubérantiel de la syringomyélie. — Ophtalmoplégie externe bilatérale et hémiplégie droite, consécutives à la rougeole. — Sur une variété particulière de paralysie alterne. — Sur la sclérose latérale amyotrophique. — Un cas de paralysie labio-glosso-laryngée apoplectiforme d'origine bulbaire. — Sur deux cas de paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale. — Épilepsie Bravais-Jacksonienne. — De l'hérédité en pathologie nerveuse. — Des myoclonies. — Les délires ambulatoires, ou les fugues.

Nous ne pouvons entreprendre ici un résumé, même sommaire, de chacune de ces leçons, dont la plupart ont la valeur de véritables mémoires originaux, mais nous attirons tout particulièrement l'attention, au point de vue de la sûreté des faits, sur les leçons concernant la *paralysie des deux deltoïdes* (par attitude vicieuse et forcée des membres supérieurs), la *paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial*, les *myoclonies* (où M. Raymond englobe, sous un même nom générique, les affections qui ont pour trait commun des mouvements convulsifs cliniques : le paramyoclonus multiplex, la chorée électrique, la maladie des tics), enfin, les *affections de la queue de cheval*, dont deux observations servent de point de départ à un exposé complet du sujet, avec tous les développements qu'il comporte.

Somme toute, ce livre, outre qu'il nous donne une mise au point exacte de certaines questions du plus haut intérêt, nous apporte encore un notable contingent de faits nouveaux. Quiconque s'intéresse à la neurologie devra lire et consulter souvent ce recueil précieux. Il trouvera là, après le juste hommage rendu à Charcot, l'exposé des découvertes histologiques récentes qui ont abouti à la théorie du neurone et, à propos des observations cliniques, des nombreuses remarques, des discussions, des idées personnelles, où l'esprit critique du professeur Raymond se révèle avec sa finesse judicieuse et réfléchie. Il faut ajouter que le style clair et précis, que la netteté de la pensée rendent cette lecture facile et attachante.

Il n'y a plus à souhaiter bonne chance à cette publication qui a été accueillie et appréciée, comme elle le méritait. Le nom de M. Raymond était au reste un sûr garant de son succès.

L'antisepsie dans la pratique de la chirurgie journalière, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 volume in-16 de 300 pages, avec 88 figures. Paris, 1896. Librairie J. B. Baillière et fils.

La méthode antiseptique est applicable partout, et le but de ce manuel est de chercher à montrer que, par des procédés très simples, on est assuré d'arriver à des résultats pratiques qui ne laissent rien à désirer.

Ce livre de vulgarisation est surtout écrit dans l'espoir d'être utile au praticien isolé des petites villes et des campagnes, qui est souvent obligé de se servir exclusivement de ce qu'il trouve autour de lui. Ces ressources improvisées, choisies et adaptées avec à-propos, assureront le succès.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours du Bureau central (chirurgie). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Rieffel et Villemin.

Médecin du dispensaire de salubrité. — Le concours pour l'emploi de médecin adjoint au dispensaire de salubrité de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Lebon, Gresset, Tournier, de la Niéce et Bernard.

Prix Melsens. — La Société d'encouragement pour l'industrie nationale a décerné le prix Melsens, d'une valeur de 500 francs, à M. le docteur Castaing, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital mixte de Poitiers, pour « ses travaux sur la ventilation ».

École du service de santé militaire. — Sont admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, les candidats dont les noms suivent :

MM. Aerts, Anthony, Antoine, Armeilla, Arrault, Aujaleu, Aversenq; Bablon, Badie, Baisset, Bargy, Benoit, Bobard, Borie, Boulin, Boyer, de Brianson, Brunetière; Cahuzac, Carsignol, Casaux, Casse, Castagné, Chambras, Champeaux, Coste, Crosmarie; Degris, Delacour, Delarras, Delmard, Derycker, Do, Domage, Dugast, Dupla, Dupuich, Durand; Erlanger, Eysseric; Fabre, Fau, Fontagné; Fontanilles, Forget, Fradier, Frécus, Frémont; Gariel, Garnaud, Gaubert, Gaussin, Gimazanc, Grillat, Grué, Guericolas, Guillaume; Henry, Houpert, Hurel, Huriez; Izard, Jacquot, Jeandidier, Jullien; Lacomme, Lacoste, Lajoanio, Lantieri, Laporte, Laurens de Lacenne, Léard, Leclerc-Montmoyen, Legenere, Léothaud, Lévy, Lionnard, Loewel, Loubet; Magnoux, Mailhetard, Mallet, Mansion, Marcaillou, Marcombes, Massip, May, Meistermann, Menier, Moisseney, Molard, Montané, Morvan, Muller; Niéger, Nurdin; Page, Pallut, Pelloux, Périer, Perrin, Perrot, Picqué, Pierre, Poirée, Pons; Randon, Reny, Ribis, Rinckenbacg, Romieu, Roques; Saint Martin, Santini, Schmeltz, Schnaebelé, Senat, Ser, Srick, Sylvestre; Taillade, Talabère, Talon; Vaissade, de Vésian, Villa; Weitzel; Zerlaut.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dana la ville qu'ils auront choisie au moment de leur inscription.

L'Université future de Marseille. — Le Conseil municipal de Marseille a adopté récemment un vœu demandant : 1° Que les Facultés de droit et des lettres d'Aix soient transférées à Marseille; 2° que l'Ecole de Médecine soit transformée en Faculté; 3° que Marseille soit désignée comme siège d'une Université régionale. Dans une séance récente, le Conseil municipal a demandé de nouveau la réalisation de ce triple vœu et a prié le gouvernement d'accorder à la ville de Marseille d'être choisie comme centre académique de la région. En attendant, Marseille demande le transfert provisoire, dont les frais seraient entièrement à la charge de la Ville.

« Nous sommes prêts, dit le rapport, à recevoir les Facultés des lettres et de droit; un local provisoire leur est destiné : c'est la caserne des Incurables, qu'on aménagerait convenablement. Les soldats qui y sont casernés, ainsi que le dépôt des isolés de la marine, seraient transférés à l'ancienne Charité, avec l'autorisation déjà obtenue des administrations de la Guerre et de la Marine. Pendant la période de transfert provisoire, les quatre Facultés groupées à Marseille, recevraient de la Ville une gratification de 30,000 francs. Marseille, devenue centre académique, doterait son Université de 50,000 francs annuels et à perpétuité. » (*Progrès Médical.*)

Un monument à Pasteur. — Le Conseil d'arrondissement de Versailles vient de prendre l'initiative d'une souscription populaire, de 0 fr. 05 à 1 fr., pour élever un monument à Pasteur. Une circulaire a été adressée, en outre, à tous les Conseils d'arrondissement de France pour les inviter à participer à cette souscription et collaborer à son succès.

Egypte. — L'épidémie cholérique, qui depuis quelques semaines avait commencé à décroître au Caire et à Alexandrie, a malheureusement subi une recrudescence et s'est propagée non seulement dans les villes et les villages de l'intérieur, mais encore au-delà des frontières de ce pays, avec le corps expéditionnaire du Soudan, qui a remonté la vallée du Nil jusqu'à Souardeh. D'après une statistique récente, depuis le début de l'épidémie — c'est-à-dire depuis quatre mois — le choléra aurait tué 9,350 personnes, dont plus de 2,000 dans les huit derniers jours. Le mal gagne donc du terrain et la mortalité augmente dans une proportion effrayante. Il est hors de doute que le déplacement du corps expéditionnaire est une des causes de la diffusion et de l'aggravation du fléau. (*Sem. méd.*)

L'Exposition de 1900. — La Commission instituée pour étudier l'organisation du service médical à l'Exposition de 1900, vient de remettre son rapport au ministre du Commerce.

La Commission repousse l'idée d'installer un hôpital central dans l'enceinte même de l'Exposition et propose la construction de trois postes au moins, dans lesquels un service de permanence se tiendra prêt à donner les premiers soins aux personnes blessées ou malades. Le service des Ambulances urbaines de la Ville de Paris sera chargé de transporter les malades et de les évacuer dans les hôpitaux les plus voisins, reliés par le téléphone à ces postes de secours. Les chantiers communiqueront avec les postes de secours au moyen d'avertisseurs spéciaux; enfin, on établirait une pharmacie centrale, destinée à desservir les postes de secours et les chantiers pendant la durée des travaux de l'Exposition.

Institut international de bibliographie. — L'Institut international de bibliographie a été fondé en septembre 1895, dans le but de coordonner les travaux bibliographiques qui se poursuivent dans le monde entier, sans connexion les uns avec les autres, et de réunir, dans un répertoire bibliographique universel, les inventaires partiels et épars de la production intellectuelle, scientifique, artistique et littéraire. Le siége de l'Institut est à Bruxelles.

les membres se réuniront en Congrès pour discuter les questions intéressant la bibliographie, et un *Bulletin* les tient au courant des faits qui se produisent dans cet ordre d'idées dans l'intervalle du Congrès.

C'est grâce à l'initiative des fondateurs de cet Institut. MM. Lafontaine et Otlet, que la question de la classification décimale de Melvil Dewey, qui est employée en Amérique depuis vingt ans, a été soulevée et discutée dans un grand nombre de sociétés savantes, dont quelques-unes l'appliquent déjà.

Afin de constituer dans notre pays un centre où ces questions puissent être étudiées en un des Congrès futurs, une section française de l'Institut international de bibliographie vient d'être fondée. Elle a choisi comme président, M. le professeur C. M. Gariel, et comme secrétaire, M. le Dr Marcel Baudouin.

Le pain de guerre. — On sait que dans l'armée de terre, le biscuit, pour lequel nos soldats ont toujours éprouvé en temps de paix une répugnance contre laquelle sont venues se heurter toutes les circulaires ministérielles, est supprimé en principe et remplacé par le « pain de guerre ».

Il ne s'agit pas là d'un simple changement de nom, destiné à tromper l'opinion publique. Le pain de guerre s'imprègne d'eau ou de bouillon beaucoup plus rapidement que le biscuit ordinaire. On le ramène à l'état frais en le plongeant dans l'eau pendant quelques minutes et en le présentant ensuite au feu, ou en le laissant simplement ressuer à l'air.

Les galettes de pain de guerre sont fabriquées avec de la farine qui doit contenir l'intégrité des fleurs et celle des gruaux blancs, à l'exclusion absolue des produits bis; être blutée au taux minimum de 30 °/o représentant l'extraction des sons; ne rien laisser à désirer sous le rapport de l'aspect, du goût et de l'odeur; avoir au moins un mois, et, au plus, quatre mois de mouture.

Les galettes ont, après cuisson, les dimensions moyennes suivantes : longueur, 0m07; largeur, 0m065; épaisseur, 0m025. Les faces en sont pointillées, sans loches, ni soufflures, ni gerçures; le trempage dans de l'eau en ébullition est complet après quinze minutes.

Le poids de chaque galette est de 50 grammes environ et est vérifié sur cent galettes; une caisse contient 38 kilogrammes en moyenne. La fabrication ne contient que de la farine, de l'eau, du sel, du levain de pâte et de la levure de grains, à l'exclusion de toute autre substance.

Les expériences poursuivies jusqu'ici ont donné de tels résultats que la marine se préoccupe, à son tour, de substituer au biscuit le pain de guerre.

Voir la marine adopter quelque chose venant de la guerre, c'est un spectacle qui n'est pas banal, et suffit pour établir la supériorité du pain de guerre contre le biscuit. *(Bull. méd.)*

Université de Strasbourg. — D'après le relevé officiel, le chiffre des étudiants de l'Université de Strasbourg, inscrits pour le semestre d'été de 1896, s'élève à 938, contre 1004, pendant le semestre d'hiver dernier, et 986 pendant le semestre d'été de 1895. Ces 938 étudiants se répartissent comme suit sur les différentes Facultés :

Faculté de théologie, 93; Faculté de droit, 272; Faculté de médecine, 295; Faculté des lettres, 119; Faculté des sciences, 159. Sous le rapport de la nationalité, l'Université compte 506 étudiants d'Alsace-Lorraine (Basse-Alsace, 393; Haute-Alsace, 55; Lorraine, 58).

Sur les 80 étudiants étrangers, 17 sont originaires de la Russie; 12 de la Suisse; 10 du Luxembourg; 7 de l'Autriche; 4 de l'Angleterre; 8 de l'Italie; 2 de la Bulgarie; 2 de la Roumanie; 1 de la Norvège et 1 de la Turquie; 15 de l'Amérique; 4 de l'Asie et 2 de l'Afrique du Sud. On compte, en outre, 33 auditeurs bénévoles, de sorte que le chiffre des étudiants admis à suivre les cours pendant le semestre d'été s'élève à 971.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

DANS

LES INFECTIONS ET LES INTOXICATIONS

Par P. FAITOUT, interne des hôpitaux.

La pratique des injections d'eau salée, ou de la solution plus complexe dite sérum de Hayem, pour combattre diverses infections ou intoxications, a donné lieu à un grand nombre de travaux récents; nous allons passer en revue les points particulièrement intéressants de leur histoire.

Comme la plupart des méthodes thérapeutiques, celle-ci a passé d'abord par une période d'expérimentation. Dastre et Loye, les premiers, ont montré (1) la possibilité de pratiquer, chez certains animaux, un véritable lavage du sang, en injectant dans leurs veines une quantité considérable d'eau salée; à mesure qu'elle pénètre, cette solution s'élimine par d'autres voies, surtout par le rein, sans provoquer d'accident d'aucune sorte. Dastre et Loye ont pu, sans danger, introduire dans les veines d'un chien 0cc73 d'eau salée par minute et par kilogramme d'animal; chez le lapin, la dose toxique est beaucoup plus élevée (3cc par minute et par kilogramme). Cependant, leurs expériences n'étaient point faites pour inciter les médecins à appliquer à l'homme cette méthode du lavage du sang, puisqu'elle donnait des résultats négatifs chez les animaux soumis antérieurement à une infection (charbon, morve, diphtérie, bacille pyocyanique) et paraissait plutôt hâter leur mort.

Une communication du Dr Berlin, à la Société de Chirurgie (2), est venue remettre cette question à l'ordre du jour, et successivement différents auteurs nous ont appris combien les effets cliniques différaient des conclusions expérimentales. D'où vient ce désaccord apparent? M. Tuffier (3) a montré que les conditions dans lesquelles on se plaçait étaient sensiblement différentes chez l'homme et chez les animaux : chez l'homme, l'injection n'a le plus souvent pour objet qu'une simple réplétion de l'appareil circulatoire; on s'arrête où commencerait le véritable lavage, au moment où le surplus de l'eau injectée serait éliminée par l'urine. Le physiologiste agit sur un animal sain, dont rien n'est venu modifier la tension artérielle; au contraire, chez l'homme, celle ci est le plus souvent diminuée, sinon réduite à son minimum.

Quoi qu'il en soit, le lavage du sang a donné des résultats trop indiscutables pour qu'il soit possible de nier son efficacité dans un certain nombre d'affections chirurgicales ou médicales. Les infections, parfois inévitables à la suite des grandes opérations et d'un pronostic toujours si grave, ont surtout bénéficié de ce mode de traitement; les observations ne sont pas assez comparables entre elles pour que nous donnions une statistique générale; nous nous contenterons de rappeler les cas rapportés :

Opérations abdominales et hystérectomies.

Monod : 3 succès, dans 7 cas.

Michaux : 25 septicémies diverses traitées par injections intra-veineuses. 5 succès.

Pozzi et Berlin : Péritonite après hystérectomie vaginale. Guérison.

Routier : 1 cas. Insuccès.

Peyrot : 1 cas. 1 succès.

Jayle : 2 cas de péritonite après laparotomie, pour salpingo-ovarite suppurée. 2 morts.

Duret : 4 cas. 3 succès.

Tuffier : 8 cas de septicémies péritonéales. 5 succès.

Lejars : 1 cas, mort imminente. Guérison.

Septicémie puerpérale.

Duret : 4 cas graves. 4 succès. (Injections sous-cutanées.)

Septicémie staphylococcique.

1 cas de Vedel (cité par Bosc) : Situation excessivement grave. Guérison après injection intra-veineuse de 1,500 grammes de sérum artificiel.

1 cas de Lejars : Ostéo-myélite à staphylocoques. Injections intra-veineuses de 14 litres en cinq jours. Guérison.

Septicémies d'origines diverses.

Lejars : Rupture intestinale par coup de pied. Laparotomie, matières répandues dans le péritoine, septicémie consécutive. Guérison après injection intra-veineuse de 26 litres de sérum artificiel en cinq jours.

Lejars : Perforation intestinale chez un typhique. 10 litres de sérum en deux jours. Mort le deuxième jour.

Delbet : Injection intra-veineuse pour septicémie consécutive à une lymphangite érysipélateuse. Guérison.

Delbet : Infection générale consécutive à une angine. Guérison.

(1) Dastre et Loye : *Archives de Physiologie*, 1888, page 93; 1889, pages 253, 261.

(2) Berlin : Société de Chirurgie, 18 décembre 1895.

(3) Tuffier : Société de Biologie, 16 mai 1896.

Tuffier : 2 insuccès dans 2 cas d'infections rénales aiguës suppurées. — Prolongation de la vie pendant quelques jours. — Mort malgré une diurèse abondante et le retour de l'humidité buccale.

Lejars : État infectieux après écrasement des membres ayant nécessité une double amputation. 14 litres de sérum en six jours. Guérison.

Du domaine de la chirurgie encore relevaient les malades atteints de *tétanos* et soignés par M. Tuffier : deux d'entre eux virent la guérison survenir après une saignée abondante, répétée le lendemain et suivies, chacune, de grandes injections intra-veineuses de sérum. Le troisième, atteint de tétanos suraigu et mourant presque au moment de l'intervention, succomba rapidement.

Les résultats généraux ne sont pas moins encourageants dans certaines maladies infectieuses, où les diverses intoxications pour lesquelles on a eu l'occasion de mettre en œuvre cette médication. Dès 1892, Sahli voyait guérir deux fièvres typhoïdes graves, traitées par les injections de sérum artificiel; grâce à elles, le même auteur écarta tout danger de mort dans une urémie convulsive. Porak et Bernheim préconisent aussi les grandes injections sous-cutanées de sérum dans l'albuminurie gravidique grave et dans l'éclampsie puerpérale; Bosc (1) chez un urémique avec anasarque intense; Fourneaux (2) chez un malade prêt à succomber à une affection urineuse, obtinrent un succès inespéré. Delbet n'eut pas le même bonheur dans un cas d'urémie albuminurique; mais l'insucess s'explique par ce fait qu'on rencontra, à l'autopsie, des reins scléreux, un cœur dilaté, et nous verrons bientôt que le fonctionnement normal du cœur et des reins est d'une importance capitale pour assurer l'efficacité des injections d'eau salée. Pour ce qui est du choléra, la méthode n'est pas nouvelle, mais, jusqu'à présent, on employait la transfusion plutôt pour reconstituer la masse du sang, pour lutter contre la deshydratation du sang et des tissus, que pour combattre l'élément infectieux ou éliminer les poisons chimiques ou les toxines microbiennes. Tout récemment, Bosc a rapporté trois cas de choléra foudroyant guéris par les injections intra-veineuses de sérum artificiel, faites après une saignée. Selon MM. Hutinel et Thiercelin (3), l'infection gastro-intestinale des nourrissons pourrait bénéficier de cette méthode thérapeutique : ces auteurs injectent sous la peau, dans les formes aiguës, 30 grammes par jour de sérum; dans les formes chroniques, une dose quotidienne de 3 à 5 cc. serait suffisante pour relever l'état général et combattre efficacement l'infection intestinale.

(1) Bosc : *Presse medicale*, 7 juin 1896.
(2) Fourneaux : *Journ. des Sciences méd. de Lille*, 23 mai 1896.
(3) *Medecine moderne*, 6 juin 1896.

Non moins favorables étaient les résultats obtenus par Sanguirico (1) sur des lapins intoxiqués par différentes substances (strychnine, alcool, chloral, aconitine, caféine, morphine, nicotine). Reprenant ces expériences sur des lapins intoxiqués par la strychnine, M. Chassevant (2) conclut que les injections de doses massives de serum artificiel semblent empêcher l'intoxication, à condition d'être pratiquées avant l'apparition des accidents nerveux. Il en est de même pour le coma diabétique. M. Lépine (3) pense qu'il y a peu à espérer du lavage du sang si le système veineux central a déjà éprouvé les effets du toxique. L'empoisonnement par l'oxyde de carbone, même dans ses formes graves, serait favorablement influencé par les injections intra-veineuses. Schreiber, Bergmann, Fraentzel (4), Gordon, Brodier, en ont vanté les heureux effets.

Deux voies peuvent être utilisées pour l'introduction dans l'économie du sérum artificiel : l'injection intra-veineuse ou l'injection hypodermique, l'hypodermoclyse (5). Les conditions générales restent d'ailleurs les mêmes, quel que soit le moyen choisi pour réaliser ce que M. Delbet appelle l'hématocatharsie. Le liquide sera, soit le sérum de Hayem dont la formule est bien connue, soit plus simplement une solution de chlorure de sodium à 7 °/₀₀. La différence de composition de ces deux liquides ne paraît avoir qu'une importance minime. D'après Malassez (6), la solution saline à 7 °/₀₀ n'est pas celle qui conserve le mieux les globules rouges normaux, les solutions voisines de 1 °/₀ ou légèrement supérieures conservent beaucoup mieux les dimensions et les formes normales des globules. On se gardera bien d'employer l'eau distillée pure dont l'énergique action toxique sur le sang et ses fonctions se manifestent par une destruction globulaire intense, la disparition et la décoloration d'un grand nombre de ses éléments [Bosc et Vedel] (7). Le liquide est stérilisé à l'autoclave, au besoin par une ébullition prolongée, et injecté doucement, avec une vitesse qui ne doit guère dépasser 50^{cc} par minute (Mayet); sa température sera maintenue à 37°. Enfin, une des conditions essentielles du succès consiste dans le fonctionnement régulier du cœur et des reins; chez les sujets âgés, à cœur malade, à reins scléreux, la diurèse reste incomplète ou ne se produit pas. Surpris de n'avoir observé qu'une amélioration à peine sen-

(1) *Archivio per la Scencia Mediche*, XI, page 281.
(2) Chassevant : Société de Biologie, 16 mai 1896.
(3) Lepine : *Semaine médicale*, 10 juin 1896.
(4) Cités par Brodier : *Médecine moderne*, 13 juin 1896.
(5) Nous passons sous silence la voie intra-peritoneale et la voie pleurale dont l'usage ne serait pas sans exposer à de sérieux dangers.
(6) Malassez : Société de Biologie, 16 mai 1896.
(7) Bosc et Vedel : Société de Biologie, 13 juin 1896.

sible chez deux malades, M. Lejars trouva à leur autopsie des reins tout petits et scléreux, une infiltration de tous les viscères; de telles lésions expliquent les insuccès d'une méthode si bienfaisante par tant de côtés.

Dans les états particulièrement graves, il ne faut pas hésiter à injecter des doses massives, 6 à 8 litres par vingt-quatre heures; c'est alors que l'injection intra-veineuse est surtout indiquée puisqu'elle permet de faire pénétrer dans l'économie des doses considérables qui vont se mêler plus vite à la masse du sang. L'absorption est beaucoup plus lente lorsque le sérum est introduit sous la peau : une injection souscutanée de grand volume soulève et distend douloureusement les téguments en formant une large ampoule, plus ou moins prompte à disparaître. En somme, la voie intra-veineuse est indiquée dans les cas urgents. « Son action, dit M. Lejars, est immédiate, non subordonnée à l'absorption préalable du liquide; de plus l'afflux direct de la solution saline et une irrigation plus abondante des centres nerveux ne sont pas sans jouer quelque rôle. » Nous devons mentionner cependant que la voie intra veineuse a déjà à son passif un cas de mort, qui paraît dû à l'introduction de l'air dans la veine; la méthode hypodermique est, du reste, plus facilement acceptée par les malades.

La technique de l'injection est des moins compliquées : pour la voie intra-veineuse un bock de verre stérilisé avec tuyau de caoutchouc, terminé par une canule de verre à pointe fine, taillée en bec de flûte; la veine, la céphalique si l'on veut, est dénudée, chargée sur une sonde cannelée, incisée longitudinalement au-dessus d'une ligature qui permettra d'opérer presque à blanc; la canule est introduite avec les précautions nécessaires pour que le système ne renferme pas d'air, ce qui s'obtient facilement en laissant couler le sérum au moment de l'introduction et en ayant soin de retirer la canule avant que tout le sérum n'ait passé; un frémissement particulier au doigt indique que le liquide pénètre normalement. Le bock est maintenu à une hauteur de 50 à 60 centimètres, de façon à n'agir que sous pression modérée; si la pression est insuffisante, le sang peut refluer dans la canule, se coaguler, devenir la source d'une embolie (Maygrier); accident peu à craindre si on a eu le soin de lier la veine au-dessous de sa section. L'injection terminée, on pratique une ligature de la veine au-dessus de la plaie, la peau est suturée; pour une injection ultérieure on découvrira le segment immédiatement supérieur du vaisseau.

Si l'on utilise la voie hypodermique, l'asepsie portera, comme plus haut, sur l'opérateur, les instruments et l'opéré. L'appareil le plus simple consiste en un flacon fermé par un bouchon qui livre passage à deux tubes de verre; l'un, plus long, plonge dans le liquide; son autre extrémité porte un tube de caoutchouc terminé par le trocart le plus fin de l'appareil Potain; une soufflerie, adaptée au tube court, comprime l'air dans le vase, le sérum arrive sous la peau. L'aiguille ou le trocart sera enfoncé indifféremment dans le creux axillaire, les flancs, la partie externe des cuisses, les régions fessière ou rétroscapulaire.

Convient-il de faire précéder l'injection d'une saignée? MM. Tuffier et Terrier le recommandent; outre qu'une saignée permet à l'organisme d'éliminer une certaine quantité de toxines, ce qui soulage d'autant le rein, elle présenterait encore un autre avantage important, surtout pour l'hypodermoclyse : en effet, l'absorption par le tissu cellulaire est directement proportionnelle à la quantité de liquide contenu dans le sang, l'absorption n'est très rapide que si la masse du sang est diminuée, et le lavage n'augmente la pression sanguine que si celle-ci a été préalablement abaissée (Delbet).

L'injection est presque immédiatement suivie d'une augmentation de la tension artérielle, de transpiration; les battements du cœur se régularisent et diminuent de fréquence; la diurèse s'établit, suivie parfois d'une diarrhée profuse, phénomènes reproduits expérimentalement. On assiste à une véritable crise accompagnée d'une sensation de bien-être, souvent d'un frisson intense, survenant de quinze minutes à deux heures après l'injection, d'un abaissement de température si marqué, que nous ne possédons pas, dit Delbet (1), une seule autre méthode antithermique aussi puissante. A la diffusion rapide du liquide injecté correspond une amélioration, un retour passager à la vie constants, d'une durée plus ou moins longue, de quelques heures seulement dans les cas mortels. Il est fort rare d'observer des accidents un peu inquiétants si on a évité l'introduction de l'air dans les veines : pas d'hématurie ni d'albuminurie; à peine a-t-on signalé des vomissements séreux abondants (Lejars, Delbet), des bourdonnements d'oreilles, sans doute dus à une injection trop rapide, un court mouvement fébrile, que M. Debove attribue au degré trop faible de la température du liquide injecté. C'est dire qu'on n'a pas à craindre les exsudats des séreuses, les suffusions, les ecchymoses, les convulsions, l'exophthalmie, qui ont pu se montrer chez des animaux en expérience.

En présence de ces effets thérapeutiques, il reste à nous demander quel est le mode d'action de ces injections. Réalisent-elles véritablement un lavage du sang, au sens précis du mot? Agissent-elles uni-

(1) Delbet : *Presse médicale*, 22 février 1896.

quement en déterminant l'élimination des produits toxiques accumulés dans le sang? La question reste à l'étude. Ce n'est point tant la qualité que la quantité qui joue le principal rôle. Les injections produisent leur effet salutaire par action physico-dynamique; d'une part, elles élèvent la tension du milieu sanguin à un taux suffisant pour rappeler ou exciter les contractions cardiaques; d'autre part, les liquides salés introduits dans le milieu sanguin, le diluent, l'étendent, lavent en quelque sorte les éléments figurés et les conduits dans lesquels ils circulent; et bientôt éliminés par les émonctoires et les muqueuses (reins, sécrétion salivaire, diaphorèse, glandes sudoripares, glandes mammaires), ils entraînent avec eux les agents nuisibles, toxines et microbes qui y sont contenus [Duret] (1). Comme l'a fait remarquer M. Tuffier, cette élimination ne peut avoir lieu que par un intermédiaire obligé, le relèvement et le maintien à une tension normale de la pression artérielle; le rétablissement de la tension artérielle et la continuation de l'injection intra-veineuse auraient même le pouvoir d'empêcher l'absorption au niveau des foyers morbides. M. Lejars a cherché à expliquer l'action des injections salines en expérimentant sur des chiens: après les avoir infectés par voie intra-péritonéale avec des cultures de coli-bacille et de bile de bœuf, il ne recourt à l'injection intra-veineuse qu'au moment où l'état général paraît gravement atteint; chez un animal profondément infecté et presque mourant, il obtint une guérison inattendue. L'injection de sérum artificiel pratiqué immédiatement avant ou très peu de temps après l'inoculation, entraîne une mort plus prompte. Peut-être, dit-il, à côté des décharges microbiennes par le rein, faut-il invoquer une action dynamogénique du liquide injecté; peut-être a-t-il une action spéciale sur les organes hématopoiétiques, où il mettrait en liberté et entraînerait dans la circulation les globules en réserve. M. Lépine avait déja constaté que l'infusion salée excitait les organes hématopoiétiques; en faveur de cette explication, nous pouvons invoquer les travaux de Hofbauer (2), de Vienne, qui, cherchant, par des injections de nucléine, à déterminer une leucocytose artificielle, pour lutter contre l'infection du sang dans la septicémie puerpérale, a constaté après ces injections une augmentation de la sécrétion de l'acide urique, la présence d'érythrocytes dans le sang, signes d'une vive régénération sanguine, et une sensibilité particulière de certaines parties des os, due vraisemblablement à une prolifération exagérée de la moelle osseuse. A toutes ces hypothèses, M. Charrin (3) en ajoute une autre : en se souvenant des atténuations des toxines dues à la dialyse, il faudrait compter avec les modifications de l'osmose, conséquence des changements humoraux, avec la fixation, la précipitation de certains produits toxiques, plus encore avec des incitations du névraxe.

Il conviendrait de vérifier de telles hypothèses en mesurant la toxicité urinaire, comparativement avant et après les injections, en recherchant par des inoculations aux animaux, si, concurremment, à la crise rénale, il se fait une décharge microbienne considérable; si, postérieurement aux injections, l'urine a acquis de nouvelles propriétés, si elle est tétanisante, par exemple.

Si les interprétations diffèrent, l'accord semble fait sur la valeur de ces injections; elles méritent d'être érigées en méthode générale dans le traitement des septicémies et des intoxications, dont la thérapeutique était jusqu'à présent si incertaine et si illusoire. Leur champ d'application ne peut que s'étendre, et l'on aura tout avantage à les mettre en œuvre dans les maladies où le danger réside moins dans les lésions organiques que dans l'intoxication de l'économie; on n'oubliera pas de renouveler le lavage avec persévérance plusieurs jours de suite, et l'on aura tout intérêt à suivre le conseil de M. Lejars, qui recommande de combiner aux injections intra-veineuses des injections sous-cutanées, à dose moindre, répétées toutes les heures.

(1) Duret : Académie de Médecine, 14 avril 1896.
(2) Hofbauer : *Centralblatt für Gynécolog.*, 25 avril 1896.
(3) Charrin : Société de Biologie, 10 juin 1896.

DE L'INITIATIVE PRIVÉE

dans ses rapports avec l'enseignement de la médecine.

Il est intéressant de voir les efforts faits en France par l'initiative privée pour améliorer l'enseignement, et un récent article de la *Gazette médicale de Nantes* nous a frappé à ce point que nous croyons utile d'en donner des extraits à nos lecteurs. Voici comment s'exprime ce journal :

« L'un des moyens les plus efficaces pour maintenir à son rang dans le monde un pays, une région, une ville, c'est d'y développer les hautes études. L'exemple de l'Allemagne est là pour nous le montrer.

« Or, dans notre France, les principaux organes de la haute culture, c'est-à-dire les Facultés et les établissements d'enseignement supérieur sont complètement à la charge de l'État, des départements ou des villes.

« Ces établissements n'ont pas de fortune propre, ils disposent d'un mince budget qui leur suffit à

peine pour se maintenir au niveau de la science et ne leur permet presque jamais d'aller de l'avant.

« En Amérique, pays de grande richesse et d'initiative personnelle, les millionnaires fondent dans leurs villes des Universités et les dotent richement.

« En France, les millionnaires n'abondent pas, mais l'aisance est générale.

« Eh bien! ce que peut faire en Amérique une seule personne, pourquoi, en France, une Association ne le ferait-elle pas? »

La *Gazette* énumère ensuite les sacrifices consentis par la ville de Nantes pour développer son enseignement supérieur et, en particulier, son École de médecine.

« Tout le monde sait, continue la *Gazette de Nantes*, que s'il est possible d'installer où l'on veut une Faculté de droit, une Faculté des sciences et même une Faculté des lettres, une École de médecine ne peut prospérer que dans un grand centre, parce que là seulement se trouvent des ressources pour les études cliniques qui font les bons médecins.

« Notre devoir est d'assurer nous-mêmes, par l'initiative privée, la prospérité de notre École de médecine, en lui constituant peu à peu, avec les années, une fortune personnelle, qui non seulement la mette à l'abri de toute déchéance, mais lui permette de rester toujours un établissement modèle et cela sans que le budget, soit de l'État, soit du département, soit de la ville, supporte en totalité le fardeau de ces améliorations.

« Ce but peut être atteint par l'accumulation patiente d'un capital minime d'abord, mais accru chaque année par ses fruits et par les cotisations des membres de la Société. Ce capital s'accroîtra aussi par des dons et même par des legs le jour où l'Association que nous voulons fonder sera reconnue d'utilité publique.

« Il s'agit là d'une entreprise à longue portée, et il est probable qu'aucun des participants actuels ne pourra profiter lui-même des résultats. Mais si cette entreprise toute désintéressée réussit, c'est avec une légitime fierté que nous lèguerons à nos continuateurs une École de médecine capable de briller au premier et de s'y maintenir, grâce à notre prévoyance, sans être exposée à subir le contre-coup de nécessités budgétaires toujours possibles. »

Mais l'École de médecine n'a pas le droit de posséder, ni de s'administrer elle-même et, en attendant que cette personnalité civile soit obtenue un jour, la *Gazette* demande l'établissement d'une association indépendante constituée sur des bases légales.

Que fera cette association?

« Son premier soin sera, après avoir accumulé un capital suffisant pour montrer que l'entreprise est sérieuse, de chercher à se faire déclarer d'utilité publique pour pouvoir posséder des immeubles, recevoir des legs, etc.

« Jusqu'à ce que son capital soit suffisamment grossi, elle s'abstiendra de toute dépense, et lorsque, possesseur d'un capital suffisant, elle pourra venir en aide à l'École de médecine, elle n'y consacrera d'abord qu'une faible partie de son revenu.

« Dans l'esprit des fondateurs, l'accroissement du capital doit être recherché jusqu'à ce que les revenus de l'Association suffisent pour garantir l'existence de l'École de médecine contre toute éventualité.

« Quand ce but sera atteint, l'Association aidera au perfectionnement de l'École de médecine, soit en créant de nouveaux laboratoires, soit en installant des cliniques spéciales dans les hôpitaux ou à l'École même, soit en faisant les frais d'instruments coûteux ou d'expériences nécessitant un matériel spécial, soit enfin en attribuant à certains professeurs des allocations supplémentaires et en leur permettant ainsi de se consacrer tout entiers à l'enseignement et aux recherches scientifiques sans être détournés de leurs travaux par les soucis de la clientèle.

« Ni le zèle ni l'intelligence ne manquent. Lorsque les professeurs pourront se vouer tout entiers à leur tâche, lorsqu'ils auront conquis l'indépendance vis-à-vis des nécessités matérielles de la vie, on verra l'enseignement se perfectionner et les progrès devenir de jour en jour rapides au grand profit de la science française et de l'humanité tout entière.

« L'utilité de l'Association que nous proposons de fonder paraît donc évidente. Sans doute, les services qu'elle pourra rendre sont encore bien lointains; mais qui sait si notre persévérance n'attirera pas vers notre œuvre de généreux donateurs? »

Et la *Gazette* dit avec raison :

« N'arrive-t-il pas tous les jours que des hommes riches et bienfaisants fondent des prix ou des récompenses académiques dont l'utilité n'est pas contestable, mais est cependant bien moins évidente que l'utilité de la creation de laboratoires ou de nouveaux moyens de travail?

« Peut-être intéresserons-nous à notre œuvre ces personnes de bonne volonté et verrons-nous nos désirs marcher vers leur réalisation bien plus rapidement que nous n'aurions osé l'espérer. »

Suit immédiatement le projet de statuts de la future association, projet bien étudié, dès maintenant mûri, mais que la *Gazette* soumet encore au juge-

ment de ses futurs adhérents. L'article 9 des statuts donne une idée précise du fonctionnement éventuel de l'Association :

« Lorsque les revenus annuels de la Société atteindront 10,000 francs, le Conseil d'administration pourra décider que ces revenus, jusqu'à concurrence d'un quart, seront employés chaque année dans l'intérêt de l'École de médecine et de pharmacie de Nantes; les trois autres quarts seront capitalisés.

« Lorsque les ressources de la Société seront suffisantes pour, avec les revenus, assurer l'équilibre du budget de l'École, les 4/5 de ces revenus pourront être employés au perfectionnement de l'École, en s'inspirant des motifs qui ont guidé les fondateurs de la Société dans la création de leur œuvre.

« Enfin, si l'École acquérait la personnalité civile, la Société pourrait lui abandonner tout ou partie de son capital, mais sous cette condition que le capital abandonné serait frappé d'inaliénation et que les revenus seuls seraient employés chaque année dans l'intérêt de l'École.

« L'abandon partiel ou total du capital devrait être autorisé par un vote de l'Assemblée générale et à la majorité des deux tiers des membres titulaires prenant part au vote. »

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 28 juillet 1896

M. Zambaco vient faire une intéressante communication sur cette affection spéciale aux nègres, que l'on a décrite sous le nom d'*aïnhum*, et qui est caractérisée par l'apparition, à la base du petit orteil, d'une stricture fibreuse progressive qui amène finalement l'amputation spontanée de ce cinquième orteil. Les médecins européens ont élargi le sens du mot et font entrer dans la même affection des amputations spontanées diverses. De plus, l'aïnhum a été observé non seulement chez des nègres, mais chez des Hindous, des Arabes, des Malais et même des Européens.

La pathogénie de l'aïnhum est encore très obscure : on l'a rapproché de la sclérodermie et de la maladie de Morvan. Comme cette dernière affection, l'aïnhum n'est, pour M. Zambaco, qu'une forme atténuée de la lèpre. Il a observé, en effet, un certain nombre d'amputations spontanées, par le même mécanisme que dans l'aïnhum, chez des lépreux avérés.

D'autre part, dans tous les cas d'aïnhum qu'il a observés, il a trouvé des stigmates incontestables de lèpre.

L'aïnhum paraît donc n'être qu'une forme atténuée de la lèpre.

— M. Pozzi présente ensuite à l'Académie un cas de *pseudo-hermaphrodisme*. Il s'agit d'une malade qui se présentait avec une hernie inguino-labiale gauche douloureuse, récidivante. L'année dernière, à Lariboisière, elle avait déjà été opérée; on fit le diagnostic d'hydrosalpinx hernié; on enleva l'ovaire et le kyste. M. Pozzi intervint, lui aussi, et du côté opposé enleva un organe glandulaire que l'examen histologique fit reconnaître comme un testicule. Il n'y avait pas de spermatozoïdes, c'était un testicule évidemment arrêté dans son développement.

Les organes génitaux externes sont rudimentaires; la malade présente absolument l'aspect extérieur d'une femme bien constituée. Elle n'a jamais été réglée, mais éprouve tous les mois les phénomènes sympathiques de la menstruation, et elle a eu, pendant dix ans, des épistaxis mensuelles supplémentaires.

— M. Périer a lu ensuite un rapport sur trois observations *de guéris n de névrites traumatiques par élongation du nerf*, que M. Mouchet (de Sens) avait communiquées.

La simple dissection du nerf et son dégagement de cals vicieux ou de tissus de sclérose auraient amené sans doute le même résultat mais dans deux cas, M. Mouchet avait noté l'absence de compression du nerf : une légère élongation serait donc utile.

M. Monod insiste sur les bons résultats obtenus par la simple dissection du nerf.

— M. Moty, médecin principal, lit ensuite un travail sur la *chute prématurée des dents saines*, maladie de Fauchard. Cette affection serait due à l'oblitération progressive de la cavité de la pulpe par des dépôts de dentine; elle serait la conséquence d'un excès de sels de chaux dans l économie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'était mercredi dernier la séance qui précédait les vacances. La Société de Chirurgie s'est en effet séparée et a fixé sa nouvelle réunion au premier mercredi d'octobre.

M. Championnère tient à faire ses remarques à propos du rapport de M. Kirmisson. sur un pied bot invétéré traité par la tarsectomie et présenté par M. Rochard. C'est surtout du traitement post-opératoire qu'il veut s'occuper, mais tout d'abord, il tient à établir qu'avec des résections osseuses très larges, on peut avoir un pied malléable et remettre les parties immédiatement dans leur situation normale. Le délai de deux mois, dans lequel le malade de M. Rochard a été maintenu dans un appareil, est trop long, cela nuit à la souplesse du pied et retarde la marche.

Quant à la forme à la suite de la résection, le pied est raccourci, c'est vrai, mais il a une voûte plantaire et la forme est bonne. M. Championnère a déjà opéré 23 pieds bots, et cela avec un excellent résultat, et en supprimant un appareil secondaire

En résumé, on n'obtient pas avec les simples ténotomies, ou ouverture des articulations, les résultats auxquels on arrive avec la tarsectomie.

M. Kirmisson répond qu'il est d'un avis absolument opposé à celui de M. Championnere, qui soutient qu'il faut enlever le plus d'os possible, tandis qu'au contraire il pense qu'il faut en extirper le moins possible. Comme il l'a dit dans la dernière séance, il ne veut pas rouvrir le débat, parce que cette question sera traitée à fond au prochain Congrès de chirurgie.

— M. Walther fait un rapport sur une observation de *contusion du foie* par coup de pied de cheval. La douleur était très intense au niveau de l'hypochondre droit; il y avait une absence complète de ballonnement, même un peu de contracture et de l'hypothermie. M. Faure, qui a communiqué ce fait à la Société de Chirurgie, pratiqua une laparotomie sus ombilicale et trouva un épanchement sanguin qui le mena sur le foie. Cet organe portait une rup-

ture et, de plus, présentait une vésicule détachée et pendante.

Au fond de la plaie du foie, une artère battait; une pince fut placée sur cette artère et laissée à demeure. Une mèche de gaze iodoformée fut placée dans l'abdomen, et le malade guérit parfaitement, après avoir présenté une petite hernie épiploïque secondaire.

La conduite chirurgicale de M. Faure, au dire du rapporteur, a été celle qu'elle devait être.

M. Routier rapproche de ce fait l'observation d'une rupture du foie et de rupture d'un kyste hydatique consécutifs à une contusion de l'abdomen.

— C'est encore un rapport que fait M. Championnière, sur un travail de M. Zepfel, ayant trait à un *kyste à grains riziformes* du poignet. La particularité de ce kyste est la suivante : ce kyste put être énuclée, et M. Zepfel propose d'enlever tous les kystes à grains riziformes par énucléation.

M. Championnère fait remarquer que cette ligne de conduite n'est pas possible dans la majorité des cas; car, la plupart du temps, ces kystes sont très adhérents et ne peuvent être séparés des parties voisines. M. Zepfel est tombé sur un cas particulier et sur une disposition anatomique particulière.

M. Reynier parle ensuite de sa pratique à l'égard des kystes à grains riziformes. A l'heure qu'il est, il fait une dissection complète et dissèque même les tendons, et a de bons résultats. Il faut donc enlever de ces kystes tout ce qu'on peut.

M. Championnère enlève aussi ce qu'il peut; mais il est des cas où on ne peut qu'extirper des lambeaux, et, par conséquent, à plus forte raison, l'énucléation est-elle impossible?

M. Walther cite une malade de Trélat, opérée en 1888, par l'extirpation complète de la gaine. Cette malade est encore guérie et joue du piano. Il a un second malade analogue.

M. Peyrot dit que ces faits prouvent que les tendons peuvent fonctionner sans gaine; mais cela ne veut pas dire qu'il faille toujours opérer; car chez les enfants, par exemple, la synovite tuberculeuse guérit sans l'intervention sanglante.

— M. Reclus vient entretenir la Société de deux cas de *rétrécissement du rectum* qu'il a traités par le vieux moyen de la dilatation.

M. le secrétaire général résume ses observations Dans la première, il s'agissait d'un rétrécissement dit syphilitique. Le doigt formait un canal analogue à un canon de fusil et au-dessus deux fistules venant aboutir à deux condylomes.

Craignant de supprimer par une intervention sanglante le sphincter, M. Reclus se borna d'abord à anesthésier le rétrécissement avec des tampons cocaïnés et à introduire des cathéters qui, petit à petit, pénétrèrent avec facilité. Au bout de onze jours le n° 25 de la filière Hegar passait avec facilité. Des lavements chauds au goudron avaient fait disparaître la leucorrhée fétide qui existait auparavant, et le malade se trouvait guéri. Il restait encore les fistules, mais qui, ultérieurement, se cicatriseront probablement.

Dans le second cas, il s'agit d'un Brésilien, de vingt neuf ans, ayant eu la syphilis à quatorze ans. Au dessus de l'ampoule rectale se trouvait un rétrécissement valvulaire rappelant le rétrécissement congénital. L'ampoule rectale était remplie de végétations.

Le même traitement fut commencé, mais le deuxième jour il n'y eut pas moyen d'introduire un cathéter d'un numéro supérieur. M. Reclus prit alors un ténotome et fit quatre petites incisions qui permirent la dilatation. Quinze jours après, le malade repartait pour son pays, se trouvant guéri.

M. Reclus insiste sur la bénignité de ce moyen de traitement et sur les bons résultats obtenus probablement grâce à la cocaïne.

M. Quénu critique les faits de M. Reclus en disant que dans les rétrécissements il y a deux éléments: l'élément inflammatoire et l'élément rétrécissement. Or, pour les malades de M. Reclus, on ne peut dire qu'ils sont guéris, car il a eu des rechutes au bout de quatre ans. M. Reclus s'est adressé à l'élément inflammatoire avec les lavements, et il a bien fait. M. Reclus a eu une amélioration et il faut l'en féliciter.

M. Reynier ajoute encore l'élément spasmodique qui, pour lui, a une grande influence en l'espèce; et c'est sur cet élément que M. Reclus a agi avec la cocaïne.

M. Quénu ne croit pas à l'élément spasmodique du rectum; car jamais on n'a le doigt serré en pratiquant le toucher d'un rétrécissement rectal, et les coupes histologiques montrent que c'est un rétrécissement dur, mais incapable de changer de calibre.

M. Reclus reprend qu'il n'a jamais voulu dire que les deux malades dont il a parlé étaient guéris; mais a tenu à citer ces faits comme consolants dans la thérapeutique d'une affection si rebelle à tous les traitements.

M. Terrier fait remarquer que cette question est très complexe, que l'infection joue un grand rôle dans cette pathologie des rétrécissements et que c'est pour cela qu'on fait l'anus contre nature, pour permettre de désinfecter le rétrécissement. Il y aurait, du reste, beaucoup à dire sur ce sujet, et une discussion ne peut être commencée au moment où la Société entre en vacances.

— Au cours de la séance, la Société a nommé une Commission de trois membres, pour la représenter à un Congrès international de chirurgie qui doit se tenir à New-York. Ces trois membres sont : MM. Reclus, Championnière et Marchant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet 1896

Le malade que présente M. Lemoine, au début de la séance, est un hystérique chez lequel les manifestations de la névrose semblent avoir été déterminées par le paludisme; il eut des fièvres intermittentes au Tonkin. Depuis son retour en France, il présente des accès de hoquet et d'éructations durant un quart d'heure environ, non périodiques; on constate une hémi-anesthésie droite, un rétrécissement concentrique du champ visuel, du bégaiement; pas d'attaques convulsives. On trouve, sous le rebord costal droit, une zone hystérogène; la pression, en ce point, détermine un accès violent de hoquet, accompagné de tympanisme abdominal et d'éructations.

Ce malade a le foie un peu gros et a été traité dans différents hôpitaux pour congestion du foie d'origine paludéenne. Il est permis de penser que la situation de la zone hystérogène, au niveau du foie, est en rapport avec l'affection qui a été la cause provocatrice de la névrose.

M. Hanot fait remarquer qu'on a décrit, en Allemagne, une hystérie hépatique, se manifestant surtout par le syndrome de la colique hépatique, et M. Hayem rappelle qu'il a publié le fait d'une jeune fille chez laquelle une tentative de tubage gastrique provoqua une violente crise d'hys-

térie; elle présentait, on peut le dire, une zone hystérogène œsophagienne; quelque temps après, elle eut de l'anorexie hystérique. La névrose se localisa donc chez elle uniquement sur le tube digestif.

— M. ACHARD apporte sa contribution au *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde*, par le procédé de M. Widal; la réaction manqua dans trois cas et se produisit dans trois autres cas.

Dans les trois faits négatifs, il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde; chez une malade, cependant, l'hésitation était permise, car elle présentait les symptômes suivants : fièvre (39°), céphalalgie, anorexie, légère stupeur, langue sèche, épistaxis. Mais il s'agissait, en réalité, d'un embarras gastrique fébrile. Chez le frère de cette malade, soigné par M. Widal pour des symptômes analogues, le séro-diagnostic permit également d'éloigner l'idée de fièvre typhoïde.

Des trois cas positifs, l'un d'eux concernait une rechute de fièvre typhoïde; le phénomène d'agglutination des microbes fut des plus nets. Dans le second cas, le diagnostic était douteux, et il s'agissait, en somme, d'une fièvre typhoïde légère, au cours de laquelle une angine intercurrente avait produit une exacerbation de la fièvre. Dans le troisième, il s'agissait d'un homme de cinquante-six ans, chez lequel la seule observation clinique n'eût conduit au diagnostic de fièvre typhoïde qu'avec bien des réserves. On sait que ce diagnostic est toujours délicat chez les sujets âgés. L'examen du sérum donna un résultat positif. La ponction de la rate permit, d'autre part, de trouver dans cet organe du bacille typhique à l'état pur.

M. Achard compare ensuite le séro-diagnostic aux autres procédés microbiologiques appliqués à la culture; tous les avantages sont en faveur du premier. La ponction de la rate n'est pas toujours facile ni toujours inoffensive, et les résultats qu'elle donne sont plus lents, puisqu'il faut attendre le développement des cultures. La culture sur le milieu d'Elsner exige beaucoup de temps, est peu caractéristique, et enfin on a constaté récemment la présence du bacille d'Eberth dans les selles de sujets bien portants.

M. Achard a essayé, avec M. Bensaude, d'obtenir la même réaction avec la salive et l'expectoration bronchique des typhiques : les résultats ont été négatifs.

M. WIDAL poursuit ses recherches sur le séro-diagnostic, et il apporte quelques données nouvelles. Sur dix personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis un temps variant de un an à dix-neuf ans, il n'a constaté l'action agglutinante du sérum que chez une d'elles, guérie depuis sept ans.

M. Widal a tenté de fixer la date d'apparition de la réaction; au point de vue pratique, on peut compter sur le phénomène à partir du septième ou huitième jour, mais il peut apparaître dès le cinquième.

M. Widal cite de nombreux faits dans lesquels l'examen de sérum fut de la plus grande utilité au point de vue du diagnostic, en particulier dans certains embarras gastriques et dans des typhoïdettes.

Avec son interne, M. Sicard, il a recherché si l'urine des typhiques ne présentait pas la propriété d'agglutiner le bacille d'Ebert. La réaction se produit, en effet, mais le phénomène est inconstant, variable d'un jour à l'autre et se produit d'ailleurs quelquefois avec de l'urine d'individus non atteints de fièvre typhoïde.

A l'appui de la méthode du séro-diagnostic, MM. LEMOINE, SIREDEY, MÉNÉTRIER, rapportent des faits démonstratifs.

M. HAYEM rappelle, d'autre part, que l'on peut faire le diagnostic de dothiénentérie par l'examen du sang; on ne constate, dans cette affection, ni augmentation de la fibrine ni augmentation des leucocytes.

— M. LE GENDRE rapporte ensuite un fait des plus utiles à connaître au point de vue pratique, car il montre bien que la ligne de conduite thérapeutique est loin d'être définitivement tracée pour tous les cas de kystes hydatiques du foie. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans, se plaignant depuis six ans de douleurs dans le côté droit du corps, plus particulièrement dans le flanc droit. Pendant son service militaire, ce malade avait couché sur la terre, les premières douleurs dataient de cette époque; on pensait donc qu'il s'agissait de rhumatisme et on le traitait par le salicylate de soude.

En l'examinant, M. Le Gendre remarqua qu'il était dyspnéique et qu'il présentait une voussure assez marquée à droite; la percussion dénotait une large zone de matité s'étendant transversalement; il s'agissait évidemment d'une tumeur volumineuse du foie refoulant le diaphragme et la pointe du cœur qui battait absolument dans l'aisselle. M. Le Gendre porta le diagnostic de kyste hydatique. Le malade entra à l'hôpital Dubois et fut montré à M. Tuffier, qui fit le même diagnostic. En raison de la dyspnée et des dangers résultant de l'énorme déplacement du cœur, l'opération fut immédiatement proposée et acceptée. M. Tuffier fit le lendemain la laparotomie et l'incision du kyste; deux litres de liquide s'écoulèrent assez brusquement; on retrouva des hydatides. La poche fut bourrée de gaze aseptique. Les premières heures après l'opération furent tranquilles; mais, à quatre heures de l'après-midi, le malade fut pris de dyspnée, de toux, de cyanose; le pouls s'accéléra et, à onze heures le malade succomba aux progrès de l'asphyxie, sans avoir présenté ni expectoration albumineuse ni hémoptysie. L'autopsie ne put être faite; on constata cependant qu'il n'y avait pas d'hémorragie dans le kyste. A quoi faut-il attribuer cette mort? On peut invoquer soit la décompression brusque du poumon après une évacuation trop rapide du liquide, soit le retour brusque du cœur dans sa position normale, une thrombose rapide de l'artère pulmonaire, une embolie.

Quoi qu'il en soit, dans des cas semblables, quelle doit être la ligne de conduite?

M. RENDU pense que la mort a été due à la décompression brusque du poumon; il en a observé plusieurs cas. Au point de vue thérapeutique, M. Rendu est d'avis qu'il ne faut inciser que si le kyste est purulent; pour les kystes non suppurés, la simple ponction suffit. Mais, ainsi que le fait remarquer M. LE GENDRE, l'intervention était urgente chez son malade, que la déviation du cœur menaçait à chaque instant d'une syncope. Pour ce qui est de la ponction, elle n'est pas sans offrir de sérieux inconvénients, même quand il ne s'agit que d'une ponction exploratrice. Chez une malade, pour laquelle il avait appelé M. Quénu, une ponction exploratrice fut immédiatement suivie de phénomènes assez graves pour nécessiter une laparotomie d'urgence. Enfin, il faut se rappeler que l'épanchement de liquide hydatique dans le péritoine peut être le point de départ d'une greffe d'hydatides dans tout l'abdomen.

MM. HANOT et COMBY rappellent les succès obtenus par l'injection de faibles quantités de sublimé; mais M. Hanot fait remarquer que cette méthode ne donne de résultats que si les kystes sont petits.

M. Hanot rappelle ensuite un fait de M. Galliard, fort analogue à celui que M. Le Gendre vient de rapporter.

Dans un fait de M. SIREDEY, la ponction permit de retirer, chez un malade atteint de kyste hydatique pulmonaire, plus de deux litres de liquide; mais le malade ayant

été pris de toux et ayant expectoré du liquide avec des hydatides, on résolut d'intervenir chirurgicalement. Après chloroformisation, le malade fut placé sur le côté sain, et toute la région correspondant au kyste était soigneusement nettoyée. Mais au moment de pratiquer la première incision, on s'aperçut que le malade était mort. L'autopsie montra que le liquide du kyste avait coulé dans la bronche du côté malade, de là dans la bronche du côté sain et avait ainsi amené l'asphyxie.

— M. Marfan appelle l'attention sur *une faute dans la stérilisation du lait.* Cette faute qui, dans un grand nombre de cas que M. Marfan a observé ces dernières semaines, a été l'origine de diarrhées graves, résulte de ce fait que le lait que l'on stérilise dans les différents appareils est tiré depuis trop longtemps quand on le vend; la stérilisation détruit bien les microbes, mais non les toxines qui se sont formées; ce sont elles qui causent les accidents signalés par M. Marfan. Si l'on ne peut avoir du lait fraîchement tiré, il faut donc recourir au lait stérilisé de l'industrie.

— M. Marfan présente ensuite des photographies d'arthrite coxo-fémorale (*morbus coxæ senilis*) obtenues par les rayons X. Le malade dut poser pendant une heure et demie.

— M. Hayem lit ensuite une note sur *la classification des gastrites.* Voici comment il les divise :

I. — *Gastrite parenchymateuse et glandulaire.*

a). Gastrite parenchymateuse hyperplastique : multiplication des cellules principales et raréfaction des cellules de bordure; — multiplication ou hypertrophie des cellules de bordure, raréfaction des cellules principales; — multiplication des cellules des deux espèces.

b) *Gastrite interstitielle* : aiguë ou subaiguë ; — chronique, scléreuse.

II. — *Gastrite interstitielle :* aiguë ou subaiguë; chronique, scléreuse.

III. — *Gastrites mixtes.*

IV. — *Processus terminaux* : transformation muqueuse ; atrophie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur un parasite accidentel de l'homme appartenant à l'ordre des thysanoures, par MM. Frèche et L. Beille.

Ce parasite a été observé dans les circonstances suivantes :

M. X..., âgé de soixante-dix ans, habite dans la Charente-Inférieure une maison confortable et isolée en rase campagne; il est très soigneux de sa personne.

En août 1891, il fit un voyage aux Sables d'Olonne, à La Rochelle et à l'île d'Oloron, et ne remarqua rien d'anormal. Mais quinze jours après son retour, il sentit de vives démangeaisons dans le cuir chevelu et y trouva de nombreux parasites, qu'il prit pour des poux. Un traitement mercuriel parut efficace. A l'entrée de l'hiver, les parasites disparurent, et M. X..., n'en trouvant plus, se crut définitivement débarrassé. Mais au printemps de 1892, de nouveaux parasites reparurent et persistèrent jusqu'en novembre. En 1893, nouvelle éclosion au printemps et disparition à l'entrée de l'hiver. Les mêmes faits se sont renouvelés en 1894, 1895, 1896, et cela malgré tous les soins de propreté et la désinfection de tous les objets mobiliers.

Les parasites semblent même devenir de plus en plus abondants; à l'origine, M. X... n'en trouvait que dans ses cheveux, qu'il porte habituellement fort longs, mais depuis 1894, ils circulent sur le cou, le tronc et les membres, qui sont absolument glabres.

Ce parasite ne détermine aucune lésion de la peau; le cuir chevelu, sur lequel il est si abondant, n'offre aucune altération pathologique; il est simplement gênant et désagréable par ses mouvements. Il paraît appartenir au genre *Seira* et avoisine la *Seira domestica*, mais sans lui être identique; on ne peut le rapporter à aucune des espèces décrites par Lubbock dans sa monographie classique.

Particularité curieuse : seul dans son entourage, M. X... est atteint; ses domestiques sont à peu près complètement épargnés.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Mendel a eu occasion d'observer, chez un homme de quarante ans, syphilitique depuis dix ans, une laryngite tertiaire grave. Il y eut d'abord apparition d'un œdème aigu aryténo épiglottique, puis une périchondrite des lames du thyroïde. Les principaux symptômes de l'affection furent un gonflement de la partie affectée, une dyspnée très marquée et de la dysphagie. A un moment, il se forma, sur la partie latérale du cou, des deux côtés, une tumeur grosse comme un abricot, douloureuse, tenant au larynx ; c'était une infiltration gommeuse qui se résorba. Actuellement, il persiste un peu d'épaississement du squelette laryngien. Comme traitement, on a fait des injections de calomel de 0,05 centigr. chacune, sept en deux mois. Pendant deux jours, on a donné de l'iodure de potassium à la dose de 6 grammes; mais l'infiltration locale augmenta beaucoup, et le malade faillit asphyxier. L'iodure de potassium est donc dangereux dans la laryngite tertiaire au début.

— M. Fournier a présenté un malade qui était entré à Saint-Louis pour se soigner d'un eczéma et a contracté dans les salles deux chancres indurés du bras gauche. Il est évident que l'on ne garantit pas assez les malades contre la contagion de la syphilis.

M. Fournier a montré aussi un homme chez lequel, en même temps qu'une roséole typique, est apparue une hémiplégie spinale complète, qui entraîna de l'atrophie musculaire, des contractions et de l'exagération des réflexes. Dans ce cas, le traitement a été très efficace.

M. Abadie préconise chez les malades atteints de complications de ce genre, les injections intra-veineuses.

M. Du Castel a vu les frictions mercurielles et l'iodure de potassium améliorer beaucoup l'état d'un malade qui présentait une amyotrophie généralisée, un état parétique compliqué de phénomènes spasmodiques.

— M. Gaucher a eu occasion d'étudier un cas de dermatite herpétiforme chez une femme. Il n'a pas trouvé de microbes dans le liquide des bulles ni dans le sang, et les inoculations faites aux animaux n'ont rien produit. Cela permettait d'éloigner l'hypothèse de maladie infectieuse. Les urines étant normales, il ne pouvait donc s'agir d'une auto-intoxication. M. Gaucher croit à un trouble du système nerveux. Sa malade avait été déprimée par de violents chagrins avant l'apparition de la dermatose.

M. Hallopeau a trouvé des toxines sur les urines dans plusieurs cas de maladie de Duhring. Pour lui, il y a des dermatites herpétiformes liées à des intoxications.

— MM. Long et Valency ont observé sur un individu né aux environs de Guingamp, un cas de lèpre autochtone. Cet homme n'a quitté la Bretagne qu'il y a deux ans, et

est venu alors habiter Paris; il n'a jamais eu de rapports avec des personnes atteintes de lèpre ou ayant habité les colonies. A l'âge de huit ans sont apparues sur son thorax des macules d'abord rouges, brunes avec un centre discoloré ensuite, et complètement anesthésiques. Il y a dix-huit mois est survenue une deuxième poussée. Du front, les lésions se sont progressivement étendues de haut en bas.

— Brault (d'Alger) a employé avec succès les injections d'oxyde jaune, puis le calomel, chez les psoriasiques; mais il survient des récidives après quelques mois, comme avec les autres traitements.

— Chez un enfant présenté par MM. Hallopeau et Bureau, on peut examiner un cas-type de lichen scrofulosorum. L'examen histologique a dénoté la présence de plusieurs cellules géantes; une inoculation permettra de décider si cette dermatose est liée à une prolifération de bacilles dans les glandes sébacées ou à un mode tout particulier de réaction des organes sous l'influence de toxines de même origine. Cette dernière interprétation paraît la plus vraisemblable, en raison de la facilité avec laquelle guérit cette éruption, sans laisser trace de destruction du tissu, des résultats négatifs qu'a fourni à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille trouvé une fois par Jacobi, et de ce fait que Schwennayer et Buzzi ont vu la tuberculose donner lieu à une éruption semblable. Ce dernier fait prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose. Les saillies des comédons rappellent celles de l'acné cornée; une grande plaque interscapulaire offre une remarquable ressemblance avec celles de l'eczéma séborrhéique. On est ainsi conduit à démembrer la dermatose d'Unna et y distinguer les manifestations glandulaires du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis rubra polaire et du lichen scrofulosorum.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Alban de Lagarde, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Forgue, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Hue, professeur à l'École de médecine de Rouen; Jouën, professeur à l'École de médecine de Nantes; Nepveu, professeur à l'École de médecine de Marseille; Piéchaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Truc, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lemaire, secrétaire de la Faculté de médecine de Bordeaux; Berthollet, médecin adjoint du lycée de Grenoble; Letulle, médecin du lycée Henri IV.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Abelous, agrégé près la Faculté de médecine de Toulouse; Alezais, suppléant à l'École de médecine de Marseille; Barthe, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Bolot, professeur à l'École de médecine de Besançon; Chatellie, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Chevy, professeur à l'École de médecine de Reims; Courmont, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Delaunay, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Delotte, suppléant à l'École de médecine de Limoges; Deschamps, suppléant à l'École de médecine de Grenoble; Desq, préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lafont, professeur à l'École de médecine de Clermont; Laguesse, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Lenormand, professeur à l'École de médecine de Tours; Monlonguet, professeur à l'École de médecine d'Amiens; Moure, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux; Princeteau, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Ricard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Roque, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Terson, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse; Vallois, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Vielleton, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Zipfel, chef de travaux à l'École de médecine de Dijon; Godinat, médecin du lycée de Châteauroux; Mme Groussard (sœur Justine), infirmière au lycée du Mans; Lagarde, médecin du lycée de Montauban; Mme Perrin (sœur Cléophas), infirmière au lycée de Lyon.

— Le Ministre a décerné les *Médailles d'argent* ci-après : Mmes Dutour (sœur Antoinette), supérieure des religieuses de Saint-Vincent-de-Paul, à l'hospice mixte de Cahors : 45 ans de services, dont 36 comme supérieure; attachée successivement à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à l'hôpital mixte de Melun, à celui de Cahors depuis 15 ans; s'est toujours distinguée per son zele et son dévouement, principalement pendant des épidémies graves de fièvre typhoïde, diphtérie, scarlatine, rougeole et méningite cérébro-spinale. — Brugous (sœur Madeleine), de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, en service depuis 11 ans dans les salles militaires de l'hospice mixte de Cahors, s'est particulièrement distinguée lors d'épidémies graves de diphtérie, par les soins assidus et intelligents qu'elle a prodigués aux malades militaires. — MM. Dumas, soldat à la 13e section d'infirmiers, a fait preuve d'un dévouement exceptionnel pendant l'épidémie de diphtérie qui a sévi à Clermont-Ferrand (février-mai 1896); pendant ces quatre mois, il a prodigué de jour et de nuit les soins les plus assidus aux malades militaires. — Perretti, sergent à la 2e section d'infirmiers; s'est montré plein de dévouement dans les soins à donner aux malades militaires rapatriés de Madagascar par le paquebot « l'Amazone ».

Faculté de médecine de Paris. — M. Dieulafoy, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, est, sur sa demande, nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

— Sont nommés : chefs de clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Charrier; chef adjoint, M. Rénon — Saint-Antoine) : M. Tissier; chef adjoint, M. Tiercelin. — Chef de clinique chirurgicale (Necker) : M. Mauclaire. — Chef de clinique des maladies des enfants : M. Renault; chef adjoint, M. Zuber. — Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Gastou; chef adjoint, M. Emery.

Société de Chirurgie. — Voici les sujets de prix proposés par la Société de Chirurgie pour l'année 1897 :

Prix Gerdy : « Des névrites périphériques au point de vue chirurgical. »

Prix Demarquay : « De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires. »

Les mémoires manuscrits doivent être envoyés au secrétariat de la Société de Chirurgie avant le 1er novembre 1897.

Examen de doctorat. — Le ministre de l'Instruction publique a été saisi de diverses demandes émanant d'étudiants en médecine inscrits dans les Ecoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans ces Ecoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la première partie du deuxième examen du doctorat.

La session permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à laquelle il a soumis cette question, a reconnu qu'en présence des modifications apportées par les articles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire du 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les Ecoles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de continuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 1883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il convenait de donner suite aux demandes précitées.

Le ministre vient d'informer les recteurs d'Académie qu'il a adopté cet avis, et il les prie de porter cette décision à la connaissance de M. le doyen de la Faculté de médecine et de l'inviter à donner avis de ces dispositions au professeur chargé de présider la deuxième partie du deuxième examen du doctorat pendant la prochaine session, ainsi qu'aux directeurs des Écoles préparatoires réorganisées de leur ressort.

Commission de la tuberculose. — La Commission instituée, près l'Assistance publique, pour étudier la question de l'isolement des tuberculeux, demande : 1° la création de quartiers spéciaux pour les tuberculeux, ou tout au moins de salles spéciales aménagées suivant les dernières améliorations hygiéniques ; 2° la décentralisation des tuberculeux à la première période, par la création de sanatoria.

M. Letulle demande la création de colonies de tuberculeux curables en Algérie, en Tunisie et en Corse.

Le Cinquantenaire de l'Anesthésie. — Les délégués des corps savants de France, nommés pour représenter ces Sociétés à la conférence préparatoire organisée par l'Association de la Presse médicale, dans le but de préparer la fête commémorative du Cinquantenaire de l'Anesthésie, se sont réunis le mercredi 15 juillet 1896, à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M le professeur Cornil, président de l'Association de la Presse médicale et délégué officiel de l'Académie de médecine.

La Commission définitive d'organisation a été nommée et se compose de :

M. le professeur Cornil, président (*Académie de médecine*); M. le Dr Lucas-Championnière (*Association de la Presse médicale*); M. le Dr Picqué (*Association française de Chirurgie*); M. le Dr Reclus (*Société de Chirurgie de Paris*); M. le professeur Lannelongue (*Association générale des Médecins de France*); M. A. Petit (*Association générale des Pharmaciens de France*); M. de Marion (*Syndicat des Dentistes français*); M. Marcel Baudouin, secrétaire général.

M. M. Baudouin a exposé ensuite à la Commission un programme de l'ensemble des fêtes, qui comprendraient : 1° une séance solennelle à la Sorbonne; 2° un banquet ouvert à tout le corps médical français; 3° une représentation de gala dans l'un des théâtres subventionnés.

Comme la Commission pense qu'il y a un réel intérêt à faire coïncider la fête, non pas exactement avec le 16 octobre date précise du Cinquantenaire), mais avec le prochain Congrès de Chirurgie, qui s'ouvrira, à Paris, le 18 octobre seulement, avant de se réunir à nouveau, elle attendra les propositions du Bureau du Congrès de Chirurgie, si ce dernier n'accepte pas intégralement les propositions de l'Association de la Presse médicale.

Hospice des Quinze-Vingts. — Un concours est ouvert pour l'admissibilité à deux emplois de chefs de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton.

La première séance aura lieu dans une des salles de la clinique, le vendredi matin 7 août 1896, à 9 heures.

Pièces à produire : 1° acte de naissance ; 2° diplôme de docteur ou le titre officiel d'aide de clinique des Quinze-Vingts ; 3° titres et travaux scientifiques ; 4° certificat de bonnes vie et mœurs. MM. les candidats sont priés de s'inscrire, tous les jours non fériés, de 1 heure à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur seront imposées et sur les avantages qui leur sont réservés.

Le Conseil de l'Université. — Par le fait de la promulgation de la loi sur les universités, le Conseil général des Facultés est devenu le Conseil de l'Université. Il a tenu sa première séance hier.

M. Potain a accepté de représenter la Faculté de médecine à l'inauguration de l'École de médecine et de pharmacie de Grenoble, et M. Moissan compte partir le 5 septembre prochain pour représenter l'Université de Paris au sesquicentenaire de l'Université de Princeton.

Le Conseil a appuyé le vœu de la Faculté de médecine, tendant à reporter l'enseignement de la matière médicale, de la chaire de thérapeutique à la chaire de pharmacologie.

Le Conseil a enfin autorisé l'ouverture, pendant l'année 1896-1897, des cours libres suivants :

Faculté de médecine — M. Dunagier : « Pathologie et thérapeutique dentaire ». M. Lavaux : « Affections des voies urinaires ».

Corps de santé de la Marine. — Le ministre de la marine a accueilli les propositions suivantes :

1° A la fin des épreuves du concours dans chaque port, les étudiants, désireux de se présenter pour l'externat aux hôpitaux de Bordeaux, adresseront au ministre une demande par la voie hiérarchique;

2° Le classement de la promotion étant établi, le ministre examinera le nombre des candidats qu'il y aura lieu d'autoriser à se rendre à Bordeaux le 25 septembre;

3° Dès leur arrivée, ces élèves commenceront leur stage aux hôpitaux et adresseront à l'administrateur, vice-président de la commission des hospices, par l'intermédiaire du directeur de l'École principale, une demande dont le modèle leur sera fourni. L'autorisation de concourir leur sera alors donnée individuellement.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Chavannaz.

Ecole de médecine de Grenoble. — Le professeur Berlioz est nommé professeur de bactériologie théorique et pratique à l'École de médecine de Grenoble (chair nouvelle); M. Douillet, suppléant, est nommé professeur d'histologie.

Subvention à l'Institut Pasteur. — Le Conseil général de la Seine a voté un crédit de 5,000 francs pour l'année 1896, sous la rubrique : « Subvention à l'Institut Pasteur pour préparation et distribution du sérum antidiphtérique à toutes les communes de la Seine ».

Tentative d'assassinat sur un médecin. — Le Dr Tuilant (de Bar-sur-Seine) a été victime d'une tentative d'assassinat. Un individu, nommé Lasnier fils, meunier à Méry, étant chez le docteur, sous prétexte de consultation, a tiré cinq coups de revolver sur M. Tuilant, qu'il avait terrassé. Le docteur a reçu trois balles, une dans la tête, une seconde balle dans le cou et la dernière dans la cuisse.

Le meurtrier a été désarmé par un voisin accouru au bruit. La foule a failli lyncher le meurtrier. Celui ci a déclaré qu'il voulait tuer le docteur parce que, autrefois, quand il était son condisciple au lycée, à Troyes, on lui a fait une injustice. Le Dr Tuilant n'est pas en danger de mort.

Étudiants en médecine étrangers. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes vient d'adresser aux Recteurs la circulaire suivante :

« Paris, le 21 juillet 1896.

« Monsieur le Recteur,

« J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers. Les services et laboratoires de nos Facultés de Médecine continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

« Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

« Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'état, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles.

« Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé, comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les Universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des Facultés, au moment de leur inscription. Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

« Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896. Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires des pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

« Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

« *Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,*

« A. Rambaud. »

Hôpital de Saint-Pourçain (Allier). — En 1890, mourait à Chatou, la marquise de Bruelh, qui léguait à la ville Saint-Pourçain, d'où elle était partie jadis simple couturière, une somme de 1,500,000 francs, destinée à créer un hospice de vieillards. Un décret vient d'autoriser la ville à accepter ce legs.

Invitation à l'ouverture de la deuxième Exposition de pharmacie de Prague.— Après de consciencieux préparatifs de plusieurs mois, une œuvre d'un caractère international verra le jour.

Le 15 août, à dix heures du matin, la deuxième Exposition internationale de pharmacie, placée sous le haut patronage de S. A. I. et R. l'archiduc Régnier, s'ouvrira solennellement.

Cet événement n'a pas seulement une grande portée pour le monde pharmaceutique, car la médecine entre aussi pour une large part dans cette belle entreprise, avec le groupe VIII, réservé à l'hygiène.

Les sommités médicales ont, par leur précieux concours, contribué à enrichir cette belle partie de l'Exposition.

En conséquence, tous les médecins, pharmaciens, et généralement tous ceux qui sont en rapport avec ces branches, sont invités à assister à l'ouverture de l'Exposition et à y venir souvent pendant la durée.

La fermeture des pharmacies le dimanche est une mesure que doivent désirer tous les pharmaciens; dans aucune profession, on n'est plus esclave et le repos hebdomadaire n'est mieux gagné. A Reims, il y a deux ans, un essai d'entente à ce sujet n'a pas réussi; il avait été question de fonder dans le centre de la ville une pharmacie qui ne fonctionnerait que le dimanche : c'était bien compliqué, et il était beaucoup plus simple de laisser ouverte, à tour de rôle, une officine dans chaque quartier de la ville. C'est ce que viennent de faire les pharmacies de Soissons. Ils ferment le dimanche à partir de midi; une des officines reste seule ouverte, et son adresse est affichée sur la porte de chaque pharmacie. (*Union méd. du N.-E.*)

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

UNE OBSERVATION DE PLUS EN FAVEUR DE L'INTERVENTION IMMÉDIATE DANS LES Plaies de l'abdomen par armes à feu

Dans l'observation qui va suivre, l'intervention n'a pas été pratiquée pour des raisons que nous donnerons tout à l'heure; le blessé a cependant vécu trente-cinq jours, a touché la guérison de très près et a montré une telle force de résistance, qu'il n'est pas douteux que la suture de l'intestin perforé aurait donné chez lui un succès.

Voici les faits : Le nommé X..., âgé de quarante ans environ, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer, le 22 juin 1896, á onze heures.

L'interne reconnait une plaie de l'abdomen et fait appeler le chirurgien de garde, qui arrive trois heures après l'accident. A ce moment, les signes étaient absolument négatifs. Le pouls était bon, la température normale; l'abdomen n'était pas douloureux, pas distendu, et sauf une petite plaie siégeant dans la région cœcale, á trois centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure, et á deux centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, rien ne dénotait une lésion grave.

Cette plaie était une plaie par arme á feu de tout petit calibre et de peu de pénétration, puisque le malade avait reçu ce coup de feu, tiré avec un pistolet Flobert; il avait vu l'arme, l'avait maniée et il était affirmatif sur toutes ces questions.

Devant l'absence d'aucuns symptômes, et eu égard au peu de force de pénétration d'un pistolet Flobert, le chirurgien de garde pensa que la balle était restee dans la paroi, qu'elle ne l'avait pas perforée, et, á plus forte raison, n'avait pas entamé le tube digestif; en conséquence, il n'intervint pas et prescrivit le repos au malade et une diéte d'observation.

Le lendemain matin, 23 juin, nous vîmes le malade á neuf heures, onze heures aprés l'accident, et les choses avaient changé; il y avait peu de ballonnement, peu de douleurs; mais le malade avait des nausées et, une heure aprés, les vomissements commencérent. La plaie siégeait dans la région cœcale; nous crûmes, á ce moment, á une perforation du cœcum, ayant donné lieu à un commencement de péritonite, et nous basant sur ce que l'infection péritonéale était déjà commencée depuis plus de dix heures, que déjà, peut-être, une barrière d'adhérences commençait á s'établir, que l'état général était bon et qu'il existait des cas de guérison, sans

FEUILLETON

Un de nos confrères publie la lettre suivante, qui lui est adressée de Pougues-les-Eaux par quelques médecins très soucieux de la prospérité de nos stations hydrominérales françaises.

Pougues (Nièvre), le 31 juillet 1896.

« Monsieur le rédacteur en chef
et très honoré confrère,

« Nous vous serions très reconnaissants de vouloir bien accorder aux quelques lignes suivantes l'hospitalité de votre estimable journal

« Tous ceux qui s'intéressent à la prospérité de nos stations thermales françaises s'étonnent, à bon droit, de ne pas y voir fonctionner ces « tables de régime » qui sont un des principaux éléments du succès croissant des grandes villes d'eaux d'Allemagne et d'Autriche.

« Il est bien certain, en effet, que, sans un régime rationel, un très grand nombre de cures d'eaux sont destinées à rester stériles ou, tout au moins, à ne pas rendre, tant s'en faut, leur maximum d'effet. Cela est vrai, surtout des eaux minérales qui s'adressent spécialement aux maladies de la nutrition.

« Il nous a semblé, en conséquence, qu'il fallait rompre avec les errements actuels.

« Aussi, unis comme tous les médecins doivent l'être quand il s'agit du bien des malades et de l'avenir de la profession, venons-nous d'organiser dans notre station des « tables de régime » appropriées aux maladies qu'on adresse plus spécialement à nos sources.

Il nous paraitrait opportun, pour ne pas dire urgent, que nos confrères des autres villes d'eaux marchassent dans la même voie.

« En les y incitant, en portant à leur connaissance l'initiative que nous avons cru devoir prendre, vous rendriez un signalé service aux stations thermales françaises, qui représentent une part importante de la richesse nationale, et qui répondent au moins aussi bien que toutes les stations

intervention, de plaies pénétrantes du gros intestin; nous n'intervînmes pas et le traitement de la péritonite fut prescrit : diète absolue, avec opium à l'intérieur et glace sur l'abdomen.

Les vomissements continuèrent le 24 et le 25, devinrent porracés; puis diminuèrent de nombre et d'abondance, cessèrent complètement le 27, en même temps que notre malade reprenait, commençait à boire un peu de lait et criait la faim.

Dix jours après le début des accidents, craignant une imprudence du malade, qui voulait sortir de l'hôpital, se trouvait guéri et exigeait qu'on lui donnât de la nourriture, nous permîmes un œuf à la coque sans pain. Le lendemain, à la visite du matin, les vomissements avaient recommencé, le ventre était redevenu douloureux, ballonné, les traits tirés et l'état du malade alla en s'aggravant jusqu'au 15 juillet; nous crûmes même qu'il allait mourir ce jour-là; il n'en fut rien. La température, qui avait monté à 38°,4, redescendit petit à petit à 37° et les accidents se calmèrent; mais l'état général continua à rester mauvais. Le ventre était distendu par les gaz avec une sonorité un peu exagérée à la percussion, sur tous les points de l'abdomen. Dans la région cœcale, il n'existait aucune matité. Le ventre, palpé dans tous les sens, ne permettait pas de découvrir une collection, et comme la température était normale, l'intervention ne nous paraissait pas indiquée.

Les choses restèrent en cet état; le malade s'affaiblissait progressivement, ayant tout à fait le facies de la péritonite chronique, et devant la marche de l'affection vers une issue fatale à brève échéance, nous nous décidâmes à pratiquer une laparotomie le 27 juillet.

A ce moment, le malade était bien bas. Il fallut bien peu de chloroforme pour l'endormir; l'incision médiane nous fit arriver sur un péritoine rempli d'adhérences. Il existait une symphyse complète entre les anses intestinales et la paroi abdominale. Il fallut décoller l'intestin pour se frayer une voie jusqu'à la fosse iliaque droite, et écarter les anses les unes des autres, en déchirant les adhérences, pour arriver dans la région cœcale; nous ne recontrâmes aucune collection de ce côté, et nous sentîmes un petit cordon dur qui partait de la paroi au niveau de la plaie externe pour arriver jusqu'à l'intestin : c'était le trajet de la balle. Nous essayâmes de palper la région du foie, mais la main refoulait devant elle des anses intestinales distendues, et n'acquérait pas de notions précises. En somme, il existait de la péritonite chronique généralisée à toute la séreuse, et nous dûmes refermer le ventre sans avoir eu le bonheur de trouver une collection qui existait cependant.

Le malade mourut dans la nuit, et l'autopsie démontra, en effet, une vaste poche purulente dont les parois étaient formées par les anses intes inales agglutinées et qui siégeait sous le foie. Plus bas et ne paraissant pas avoir de rapports avec elle, il existait deux perforations de l'iléon, l'une située à 70 centimètres du cœcum environ et l'autre à 20 centimètres de la première. Il y avait hernie de la muqueuse, et ces perforations étaient entourées d'adhérences qui fixaient l'intestin grêle au cœcum et formaient avec ce dernier une masse dure que nous n'avions même pas sentie pendant notre intervention.

De cette observation, nous voulons dégager quelques points :

Tout d'abord, ceci dit en passant, le chirurgien de garde est arrivé à temps pour intervenir, s'il avait jugé l'intervention opportune, et en l'espèce, il y avait matière à discussion. Nous profitons de l'occasion

---

étrangères aux multiples indications des diverses maladies diathésiques et des maladies chroniques, mais qui ont peut-être besoin de se seconer un peu, de faire acte d'initiative et de ne pas s'endormir sur l'oreiller du passé.

« En vous remerciant bien sincèrement de votre hospitalité, nous vous prions d'agréer, monsieur le rédacteur en chef, l'expression de nos sentiments confraternels les meilleurs. » (*Suivent les signatures.*)

Il n'est pas douteux que l'innovation proposée par nos confreres, et qu'ils ont appliquée eux-mêmes dans la ville où ils exercent, constituerait une amélioration très sérieuse des conditions de traitement de la plupart des malades qui vont, chaque année, par milliers, demander aux divinités des eaux alcalines, chlorurées ou autres, un soulagement à leurs misères, petites ou grandes.

En général, la table d'hôte des grands cavansérails où s'entassent goutteux et diabétiques, infirmes de l'estomac ou infirmes du foie, les met en présence d'une alimentation de telle qualité et de telle abondance qu'il faut vraiment que les eaux aient une efficacité hors de pair pour que leurs effets ne soient pas entièrement annihilés par l'action contraire d'excès bi-quotidiens de nourriture.

Je me plais à reconnaître que la quantité et la variété des mets offerts permet largement à chacun d'y faire un choix judicieux. Mais il faudrait supposer nos ægrotants affranchis de toute concupiscence et de toute gourmandise pour admettre qu'ils restent libres moralement d'exercer ce choix salutaire. Or, quel goutteux, je vous le demande, se contentera des branches de cresson qui entourent la tentatrice tranche du filet bien rose ? Lequel résistera à la sollicitation invincible d'une belle tranche de jambon, large à couvrir une assiette anglaise, même et surtout si ce jambon est fumé ?

Les meilleures énergies, les plus solides volontés, les courages assez trempés pour se détourner de ces troublantes apparitions, s'ils étaient seuls en tête à tête avec elles, répondent par un acquiescement joyeux à leur appel lorsqu'ils trouvent dans l'exemple du voisin un semblant d'excuse à leur sensuelle faiblesse.

On s'est rencontré à la source avec son voisin de table. Tout en vidant le gobelet de cristal, on s'est confié ses

pour mettre ce petit fait en relief; car on porte encore sur la chirurgie d'urgence de nos hôpitaux, des accusations qui étaient bonnes il y a six ou sept ans, mais à l'heure qu'il est, tout est bien changé, et pour ma part, je suis toujours arrivé moins de quatre heures après l'accident dans les nombreux cas où j'ai été appelé soit de nuit, soit de jour, pour donner mes soins soit à une plaie pénétrante ou à une contusion de l'abdomen, ou à un broiement de membres, ou à une fracture de crâne, etc. Beaucoup de mes collègues, que j'ai interrogés à ce sujet, sont dans mon cas.

Au point de vue thérapeutique, il n'est pas douteux que ce malade eût pu être sauvé par une intervention. Il a montré une telle résistance, n'est mort qu'au bout de trente-cinq jours, et l'autopsie a démontré qu'il avait deux plaies intestinales voisines du point où la balle avait pénétré dans la paroi. Les balles de pistolet Flobert n'ont, du reste, pas la pénétration des balles de revolver ordinaire, et de ce fait on pouvait en induire que les lésions devaient être limitées. L'intervention aurait donc été facilement complète et probablement de courte durée.

Il résulte aussi de l'analyse des faits, que nous aurions dû opérer le malade le lendemain matin. En tous cas, l'issue n'aurait pas été plus mauvaise et nous aurions eu quelques chances de le sauver. Nous savons bien que les opérations faites douze heures après l'accident, en pleine péritonite, donnent une statistique déplorable; que nous avons lieu de penser que la plaie était sur le cœcum et que les plaies cœcales peuvent guérir; mais ces raisons tombent devant l'évidence des faits. La balle, quoique entrée dans la région cœcale, a perforé l'intestin grêle, et de plus, ce malade a fait tant d'efforts pour guérir que l'intervention eût peut-être réussie; il faut donc encore reculer les limites de l'opération, ne pas se fier au bouchon muqueux, à la défense faite par les adhérences, et opérer même en pleine péritonite.

EUGÈNE ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

Les bains permanents d'Hébra.

L'*Indépendance médicale* (24 juin 1896) donne les intéressants détails qui suivent, sur la technique des bains permanents : l'installation elle-même ne présente rien de particulier. Les baignoires sont installées dans de vastes et belles salles, dont les murs sont recouverts de peintures inaltérables. L'appareil lui-même consiste dans une baignoire de cuivre renfermée dans une épaisse caisse en bois de chêne, pour que le refroidissement ne soit pas prompt. Cette caisse est munie, aux deux extrémités, de treuils qui permettent de soulever facilement le malade. Ce dernier ne touche jamais le plancher de sa baignoire; il est pour ainsi dire suspendu au centre de l'eau par un système de treillis fort souple et flexible ne gênant nullement le décubitus; ce treillis est du reste recouvert de draps inaltérables et d'oreillers spéciaux. On peut asseoir facilement le malade, qui reste toujours dans son bain en faisant mouvoir le treuil supérieur. Le remplissage de la baignoire se fait au moyen d'un barbotteur habituel; le trop plein s'écoule par un orifice placé près du bord supérieur de l'appareil. Trois fois par jour, on renouvelle complètement l'eau; dans l'intervalle, on ajoute l'eau nécessaire pour maintenir une température égale.

Les pertes de chaleur sont du reste insignifiantes; ce n'est donc que par très petite quantité qu'on

---

misères. Aucun des deux n'ignore plus rien de celles de l'autre. Et le lendemain on se retrouve, fourchette au poing, autour du déjeuner copieusement servi.

— Hé! quoi, cher monsieur, vous boudez ce homard à l'américaine?

— Je l'adore, au contraire. Mais j'en ai un peu peur, je vous l'avoue. Je me suis laissé dire par mon docteur que les crustacés...

— Certainement oui, cher ami, les crustacés peuvent avoir quelques inconvénients. Je l'ai entendu dire également. Mais, pour ma part, j'en raffole et jamais (je dois dire que j'en use rarement) je n'en ai éprouvé le moindre désagrément.

— Est-ce possible? Vous êtes bien heureux.

— Auriez-vous donc eu à vous en plaindre? avez-vous eu quelques poussées plus vives pour en avoir mangé?

— Pas précisément; je m'en abstiens de confiance et par précaution. Au fait, je risque peu à essayer une fois.

Et non moins prudent, toujours par précaution, s'arrange de manière à saisir adroitement dans le plat, deux tranches au lieu d'une.

Au prochain passage du garçon, ce sera lui qui décidera son voisin à ne pas laisser passer, sans y goûter, cet odorant civet de lièvre ou cet aspic de foie gras tacheté de si larges rondelles de truffes.

Puis, quand on a vécu un mois de cette vie qui donnerait des tophus à un terrassier, on s'étonne d'avoir, dans les semaines qui suivent la fin de la cure, un accès formidable, à effacer le souvenir de tous ceux qui l'ont précédé. « C'est l'effet des eaux », dit-on, « cela prouve (comme au temps de Molière) que le remède a opéré. »

Ah! ces tentations des tables d'hôte des villes d'eaux! Une seule fois je n'y ai pas cédé, ce dont je me suis beaucoup repenti d'ailleurs et me repens encore chaque fois que le souvenir m'en revient.

C'était dans une de nos plus délicieuses stations du centre. On m'y avait tout particulièrement recommandé un petit hôtel tranquille, à confortable solide, maison de famille, mais de bonne famille, où la table avait une légitime réputation. Le plus sobre y fut devenu gourmand rien qu'à entendre un de nos savants les plus illustres, un prince de l'astronomie, causer cuisine et choses de

ajoute un supplément d'eau chaude. Dans les cas où il y a une sécrétion abondante de pus, de sanies ou d'autres produits pathologiques, le renouvellement de l'eau est plus fréquent. Le malade fixe, bien mieux que le médecin, la température qui lui convient; c'est généralement celle qui se rapproche de sa propre chaleur. Disons, cependant, que le patient trouve toujours, au début, trop chaud son bain, dont il augmente ultérieurement la température pour arriver à 35°, 36°, qui devient alors définitive. Des substances médicamenteuses sont ajoutées suivant les indications spéciales (hydrargyre dans la syphilis, ichtyol dans le psoriasis, etc.) et elles sont maintenues plus ou moins longtemps suivant l'effet qu'on veut obtenir ou qu'on a obtenu.

Cette installation est placée dans le service de M. le professeur Kaposi, l'illustre peaussier, de Vienne, quoiqu'elle ne soit pas affectée spécialement à ce maître; tous les cliniciens de l'hôpital y envoient leurs malades qui sont d'ordre chirurgical, médical ou syphilitique; tous trouvent moyen d'utiliser les bains permanents. C'est ainsi qu'on y envoie des cures osseuses anciennes, des gangrènes par décubitus, des vastes brûlures ou plaies, des fistules, des tuberculoses cutanées, des cas de pemphigus foliaceus, de syphilis, etc., etc.

Les malades passent nuit et jour dans ce bain, et ils ne sont élevés par treuil au-dessus du niveau, que pendant l'évacuation des selles et de l'urine. Ils peuvent sans inconvénient y séjourner des semaines, des mois et même des années ; nous avons observé des malades qui s'y trouvaient depuis près de deux années, sans interruption; leur nutrition et la fonction de leurs organes n'étaient nullement gênées par cette macération prolongée. Le seul effet désagréable, qui en résulte, est un boursouflement des paumes des mains et de la plante des pieds, qui se gonflent comme chez les blanchisseuses, deviennent ridés et blanchâtres, et provoquent, durant les premiers jours, un peu de douleur; cette sensation désagréable s'atténue rapidement par le badigeon d'huile d'olive ou de fève : elle disparaît même spontanément. La peau du restant du corps ne subit aucun changement notable. Chez certains malades seulement, il se produit un eczéma papuleux, surtout au niveau des parties qui passent fréquemment d'un état d'humidité à un état de sécheresse, telles que les bras et la partie supérieure du thorax.

Le danger de la noyade, pendant le sommeil, est également minime. Le malade se réveille toujours quand son menton touche l'eau. Chez les êtres affaiblis, on prend des mesures de précaution faciles contre de pareils accidents.

Comme indication fréquente et très importante du bain permanent, on doit placer en première ligne les grandes pertes d'épiderme, telles qu'on les observe dans la dermatite exfoliatrice diffuse ou générale, dans le pemphygus foliaceus. Ici, le bain continu ne remplit pas seulement les fonctions d'humecter continuellement les croûtes et les pellicules, mais il empêche aussi la production d'autres croûtes et la fermentation des productions pathologiques avec leurs conséquences si dangereuses (lymphangite, fièvre, abcès). Ce bain continu recouvre aussi d'une façon égale les corps papillaires mis à nu, et, par cela, apaise ou empêche la sensation si douloureuse, résultant de cette desquamation. Enfin, il remplace les multiples pansements si douloureux et si incomplets, qui fatiguent et exacerbent le malade; ce dernier gagne ainsi du temps et, à la période d'exacerbation, peut succéder, au bout d'un an, une période de calme, d'amélioration et même de guérison.

---

la bouche avec une compétence, une foi, un enthousiasme si communicatifs, qu'ils faisaient envier les jouissances que le célèbre et robuste vieillard devait éprouver par le sens du goût.

Je m'empresse d'ajouter que nous n'éprouvions pas de moindres jouissances à l'écouter ensuite, nous exposer, dans quelque coin bien ombreux et bien frais du jardin, les théories les plus merveilleuses sur la genèse des mondes.

Mais à table, foin de la théorie des tourbillons, des anneaux, du feu central et des nébuleuses. Là on causait grillades, fritures et sauces.

Vous étonnerais-je en disant qu'une maison comme celle-là était fréquentée par un assez grand nombre de médecins et par un très grand nombre d'ecclésiastiques? Parmi ces derniers se trouvaient, à l'époque où j'y étais moi-même, un évêque du diocèse de Mackensie, et trois ou quatre dominicains dont l'un, naguère encore, faisait retentir de sa voix éloquente une des principales églises de Paris.

J'étais placé juste en face de l'évêque, que flanquaient, à droite et à gauche, les robes blanches des religieux. Non loin de moi un très distingué confrère avait pour sa femme souffrante des attentions charmantes d'amoureux, resté épris malgré les années écoulées. Près d'eux une famille était accompagnée d'un jeune prêtre, précepteur des enfants.

Bref, vous voyez le milieu d'ici.

Le second ou le troisième jour, pendant le déjeuner, je remarquai qu'un maître d'hôtel, faisant le tour de la table, s'arrêtait à chaque convive, lui glissait discrètement sinon mystérieusement quelques mots à l'oreille, et après la réponse, qui me paraissait pour tous être un monosyllable toujours pareil, il inscrivait une notation sur un carnet et recommençait son manège. Avant qu'il fût arrivé à la place que j'occupais, j'avais deviné le sens et le but de cette bizarre cérémonie. J'avais saisi que tout le monde répondait: « *Maigre* » à la question à peine murmurée. Le menu du repas que j'avais sous les yeux, portait la date : « Jeudi ». On s'informait tout simplement du désir qu'avaient les hôtes d'être servis le lendemain vendredi, en gras ou en maigre.

Quand ce fut à mon tour de répondre, je ne voulus pas,

On obtient des résultats identiques dans le psoriasis, le lichen ruber, le pityriasis universalis, l'ichthyose, certaines formes d'acné, dans les blessures purulentes étendues, dans les cas de gangrène, dans les vastes brûlures, etc., etc.

A l'hôpital général de Vienne, les chirurgiens placent aussi dans le bain permanent des malades atteints de plaies ou fistules profondes, de gangrènes consécutives, d'infiltration d'urines, etc., etc. Aucun autre moyen n'est capable de procurer aux malades un plus grand bien-être, ne fait tomber plus promptement les tissus nécrosés, ne supprime même l'inflammation, la douleur et la fièvre, désinfecte mieux les plaies et stimule davantage le développement des granulations de la cicatrisation. Seul l'érysipèle, qui est cependant une cutite infectieuse au premier chef, est influencé moins favorablement par le bain continu que les autres maladies citées.

***

La lutte contre la tuberculose.

Il y a deux mois, une Commission spéciale fut nommée par l'Assistance publique, en vue d'étudier les moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

M. Letulle vient de nous faire connaître, dans la *Presse médicale*, les principales conclusions pratiques qui découlent des duels de la Commission.

Nous résumons ci-dessous, d'après la *Médecine moderne*, ce travail intéressant.

I. — Hospitalisation des tuberculeux

L'Assistance publique a à sa charge, quotidiennement, 6,000 indigents chroniques secourus en ville, sur lesquels la grande majorité revient à la tuberculose ; de plus, dans ses hôpitaux généraux, le *tiers* au moins de ses lits de médecine est occupé par des phtisiques arrivés à l'une quelconque des périodes de la maladie. La totalité des lits d'hôpital est de 12,796; sur ce chiffre, 5,352 lits seulement reviennent à la médecine générale, le reste appartenant à la chirurgie et aux services spéciaux, tels que Saint-Louis, le Midi, les Enfants, etc.

Ce n'est pas exagérer que d'avancer que l'Administration recueille et nourrit chaque jour 1,800 tuberculeux déclarés. Si donc l'isolement des tuberculeux s'obtient un jour, il faudra, de toute nécessité, leur aménager 1,800 à 2,000 lits spécialement organisés en vue de leur traitement.

La Commission a décidé, sagement, qu'il y a trois procédés tout prêts à être appliqués, et qui fourniront le nombre de lits obligatoires. En conséquence, elle propose : 1° de terminer sans retard le sanatorium d'Angicourt (Oise), dont les 224 lits peuvent fonctionner dans quelques mois. Il ne manque qu'une somme de 800,000 francs, facile à trouver, si l'État veut bien nous aider dans cette tâche à laquelle la société entière est intéressée.

2° La formation de *quartiers* de tuberculeux dans les différents hôpitaux généraux de Paris.

3° L'étude de la création de *services de réserve* suburbains, sortes d'hôpitaux-hospices pour tuberculeux, en vue d'assurer le désencombrement des services de Paris ; le Conseil municipal a déjà voté une somme de 1,600,000 francs pour cette création.

Pour ce qui est de l'attribution des quartiers de tuberculeux aux différents hôpitaux généraux, certains hôpitaux sont *inutilisables* : Necker, Beaujon et la Charité constituent ce premier groupe, où il est matériellement impossible d'organiser quoi que ce soit.

Dans un second groupe d'hôpitaux, on peut réa-

---

par convenance, faire autrement que ne faisaient mes voisins immédiats. J'eusse été fort gêné de faire bombance tout seul au milieu de tant d'abstinents, et je répondis, comme les autres : « *Maigre* ».

Vingt-quatre heures plus tard, arrivé un des premiers à table, pressé que j'étais par une excursion projetée, je jetai un coup d'œil sur le menu, divisé ce jour là en deux colonnes : « Menu gras », « Menu maigre ». Et je ne vis pas sans quelque regret l'énumération des richesses culinaires auxquelles j'avais renoncé, s'étaler insolemment en face de la pauvreté des ressources où m'avait réduit mon envie de ne choquer personne. Pommes en robe de chambre, cresson en purée, brochets (j'ai en horreur leurs myriades d'arrêtes fourchues), qu'était cette sobriété devant laquelle un Spartiate eût fait la moue, en regard de ces chartreuses de perdreaux, pâtés d'alouettes, poulardes truffées, dont il n'eût tenu qu'à moi d'offrir à mes papilles gustatives le voluptueux contact.

Enfin ! ! j'avais à peu près terminé mon humble repas, quand la soutane violette de l'évêque des Esquimaux fit son entrée, encadrée des robes blanches des moines. Ils s'assirent, et il me sembla que l'évêque jetait un coup d'œil sur les assiettes à la portée de son regard, sur la mienne entre autres, et qu'il en souriait, de chrétienne satisfaction sans doute, me faisant un bonjour plus amical, plus joyeux qu'à l'ordinaire.

Cependant, les garçons empressés s'approchent du saint groupe. Gaand Dieu, préservez-moi, qu'aperçois-je? Près de Monseigneur, on a posé le large plat où, sur une pyramide de choux, des perdreaux artistement sont dressés, et le tout est si joli et répand un si doux fumet qu'on ne sait si c'est par l'œil ou par le nez qu'on va faire le plus gros péché d'envie.

Mais c'est une erreur sans doute. Monseigneur se tourne un peu vers le domestique qui soutient le plat. Il va lui dire onctueusement qu'il s'est trompé, et déjà je m'apprête à lui avancer les pommes en robe. Ce n'est point le domestique, c'est moi qui me trompe. Monseigneur ne prononce qu'un mot : « Merci », et avec quelle douceur épiscopale il le dit ! Puis, largement, de deux coups de cuiller, il taille un beau morceau dans le superbe bloc de choux, et sur ce morceau, dans son assiette, il fait descendre un

liser immédiatement les agencements nécessaires : Lariboisière, Tenon, Laënnec répondent à cette indication. Lariboisière donnerait les deux étages supérieurs de deux de ses pavillons, ci, 162 lits. Tenon, de même, avec deux pavillons entiers, fournirait 240 lits. Enfin, à Laënnec, le premier étage des services de médecine offre huit salles de 30 lits chacune, 240 lits, qui sont déjà, d'ailleurs, en grande partie, occupés par des tuberculeux. Voilà un total de 642 lits, disponibles dès aujourd'hui, pour une dépense insignifiante de 38,000 francs environ (60 francs par lit).

Avec 642 lits, il n'est pas possible d'organiser l'isolement et le traitement des 1,800 à 2,000 tuberculeux des hôpitaux. La création de nouveaux services englobés dans les unités hospitalières s'impose donc.

Les hôpitaux Saint-Antoine, la Pitié, Cochin, Broussais, Bichat et Boucicaut sont appelés à fournir ce complément de lits nécessaires. On créerait, dans les meilleures conditions d'orientation, de lumière et d'espace, un service de 300 lits à Saint-Antoine, de 250 à 300 lits à la Pitié (sur l'emplacement de la buanderie en voie de démolition), de 250 lits à Cochin (dans les vastes jardins plantés d'arbres qui longent le faubourg Saint-Jacques). Broussais donnerait, sur un terrain d'un hectare, au delà de la ligne de ceinture, un superbe service de 200 lits. Enfin, à Bichat, on pourrait élever, sur les terrains des fortifications, deux pavillons de 40 lits chacun, qui n'encombreraient aucun des services existants. Quant à Boucicaut, il suffirait de prendre deux des pavillons de médecine pour y trouver 32 lits parfaitement aménagés.

Total, 1,112 lits de création nouvelle, qui, joints aux 643 précédents, produisent 1,754 lits parfaitement suffisants, dans l'état actuel, pour assurer le bon fonctionnement des services de tuberculeux. Angicourt, avec ses 224 lits (en tout, 1,978 lits), complèterait l'ensemble de ses dispositions.

Sans doute, on demande une grosse somme pour réaliser un pareil progrès. Rien que pour les constructions projetées, en estimant à 5,000 francs le lit, on arrive à 5 millions et demi. Mais cette question d'argent doit, au moins pour le moment, être mise de côté. Les voies et moyens sont un problème dont la solution est toujours possible, quand on veut sincèrement faire aboutir une réforme.

La Commission a étudié avec soin les conditions dans lesquelles devront être installés les services de tuberculeux. Ces services seront réunis, autant que possible, dans des pavillons isolés du reste de l'hôpital. Le cubage d'air sera d'au moins 40 mètres cubes ; la répartition se fera en salles de 20 à 30 lits au maximum, divisées elles-mêmes en deux demi-salles, avec cabinets d'isolement de 1 ou 2 lits pour les grands malades.

Chaque salle aura son office, son cabinet de bains-douches, ses water-closets avec chasse d'eau abondante, son antichambre dans laquelle aucun vêtement sale ne pourra séjourner, sa salle de récréation pour les malades valides, et, au besoin, sa galerie vitrée, en vue du traitement aérien des tuberculeux curables.

Chaque jour, le parquet des salles, corridors et escaliers, sera lavé et non plus balayé à sec ; le mobilier de la salle sera, de même, essuyé avec des linges humides et non plus épousseté au plumeau.

Les crachoirs communs seront dorénavant des seaux émaillés, à demi remplis d'eau phéniquée et, grâce à des supports, distants d'un mètre du sol. Les individus les moins experts dans l'art d'expec-

---

demi-perdreau. Je n'en voulus point voir davantage, et je sortis, ayant achevé ma modeste pitance. Mais je songeai qu'on ne voit pas tous les jours ce spectacle assurément peu banal : deux médecins déjeunant de légumes un vendredi, en face d'un évêque qui mange des perdrix.

Et j'appelle de tous mes vœux l'ère promise par M. Berthelot où, les aliments étant fabriqués par synthèse avec de l'air, de l'eau et de la houille, il n'y aura plus d'aliments maigres ni d'aliments gras, et où l'épiscopat ne pourrait plus scandaliser la faculté.

***

Circulaire relative aux candidats ajournés aux examens du doctorat en médecine. — Le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux Recteurs la circulaire suivante :

« Monsieur le Recteur,

« J'ai été saisi de diverses demandes émanant d'étudiants en médecine, inscrits dans les Ecoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans les Ecoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la 1re partie du deuxième examen de doctorat.

« La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à laquelle j'ai soumis cette question, a reconnu qu'en présence des modifications apportées par les articles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire du 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les Ecoles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de continuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 1883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il convenait de donner suite aux demandes précitées.

« J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis.

« Je vous prie de porter cette décision à la connaissance de M. le Doyen de la Faculté de médecine, et de l'inviter à en donner avis au professeur chargé de présider la 2e partie du deuxième examen de doctorat pendant la prochaine session. Vous voudrez bien aviser aussi MM. les Directeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires réorganisées de votre ressort de ces dispositions. »

torer apprendront vite à bien viser la ronde ouverture, qu'ils apercevront béante si près d'eux.

La désinfection des crachats sera sérieusement faite par salle, ou, du moins, par service. Un infirmier de salubrité, attaché à chaque service et chargé uniquement de l'antisepsie médicale du service, apprendra à emporter les crachoirs dans des paniers de fil de fer, qu'il ira plonger directement dans un simple appareil rempli d'eau additionnée de carbonate de soude, qu'il suffit de maintenir un quart d'heure en ébullition : moyen sûr, pratique et commode de détruire les bacilles de Koch. Le même infirmier veillera à assurer la désinfection des objets servant communément aux malades : les assiettes, verres, couteaux et couverts seront bouillis, par ses soins, chaque fois qu'ils auront servi.

La réforme hospitalière étudie également le mobilier des salles. On supprime, dans toutes les salles de médecine générale, les rideaux des fenêtres, qu'on remplace par des stores extérieurs. Plus de rideaux aux lits, mais des paravents en cas de besoin. Tous les lits en fer creux, démontables et stérilisables, seront munis d'un sommier en lames d'acier, inaccessible aux gros parasites habituels. Le matelas, en fibres de bois ininflammable, coupé en trois portions, sera facilement stérilisable. Les abominables brancards, en bois et toile, seront définitivement bannis des salles, les lits de fer démontables les remplaçant sans difficulté, pour les cas d'urgence absolue. La table de nuit sera en fer, à jour, démontable, stérilisable. Les grands meubles-armoires fixés au plancher, que nous voyons encombrant les services et qui sont des nids à microbes, seront remplacés par des meubles roulants, à jour, faciles à nettoyer. Les grands fauteuils de crin, qui défient victorieusement toute toilette, seront supprimés et remplacés par des fauteuils légers, propres, aseptiques. Les chaises seront en bois, légères, aisément nettoyables. Enfin, le crachoir, que chaque malade recevra, sera en verre, sans couvercle, rempli d'eau phéniquée (la meilleure substance et la moins coûteuse, suffisamment nuisible au bacille) et conforme au modèle employé, depuis tantôt dix ans, par M. Duguet, à Lariboisière. Matin et soir, l'infirmier de salubrité désinfectera tous les crachoirs.

L'habillement des malades sera réformé aussi. Aucun vêtement de ville ne doit entrer dans la salle des malades. Ce qui revient à dire que, sitôt son bain-douche de propreté pris dans l'antichambre, le malade ne recevra pas seulement sa chemise, son bonnet, sa camisole et sa capote, comme cela a lieu en ce moment ; il devra, en outre, toucher un pantalon (ou une jupe), un mouchoir et des chaussures propres ; tous les vêtements qu'on lui donnera seront aseptisés.

II. — Hygiène du personnel hospitalier

La sous-commission du personnel hospitalier a commencé par établir la *morbidité* et la *mortalité* des serviteurs de l'Assistance publique. Elle a pris les dix dernières années courantes, 1886-1895. Sur 4,470 agents de toute catégorie, on a relevé 1,293 cas de maladie, dont 2,651 affections des voies respiratoires, et 526 tuberculoses pulmonaires.

La mortalité globale, pour le même laps de dix années, a donné à la Commission 599 morts, dont 217 cas par tuberculose (sur lesquels 61 chambrés et 156 en dortoirs), 154 cas par affections respiratoires.

Les 61 chambrés sont des surveillants et surveillantes contaminés plus ou moins directement au cours de leur vie professionnelle. Les 156 infirmiers ou infirmières morts de tuberculose représentent, on n'en saurait douter, un chiffre minimum, sur lequel il est difficile d'appuyer les conclusions qui s'imposent.

La Commission aborde ensuite l'étude des *moyens de défense* à proposer au personnel hospitalier. Trois indications s'offrent : 1° le mode de recrutement du personnel; 2° son éducation hygiénique; 3° son habitat.

Le recrutement du personnel devra être surveillé avec soin. Les médecins de l'Assistance publique devront, en cas d'hésitation, constituer, pour les candidats, une sorte de conseil de revision qui statuera sur leur santé.

L'éducation hygiénique de ce personnel sera perfectionnée. Les cours faits actuellement aux infirmiers et infirmières devront leur démontrer que la tuberculose est une maladie *curable* et *évitable*. L'asepsie médicale leur sera révélée. Ils comprendront, dorénavant, que les poussières et les crachats sont leurs ennemis les plus redoutables. Ils n'oublieront plus qu'ils se doivent à eux-mêmes, et qu'ils doivent aux malades de surveiller leur santé personnelle.

La question de l'habitat du personnel est l'une des plus graves. Deux points sont à considérer : 1° la police sanitaire des logements ; 2° la tenue et la propreté des logements.

Pour ce qui est de l'installation sanitaire des logements du personnel, il y a, de l'aveu de l'Administration, qui s'efforce de les améliorer, une réforme complète, aussi urgente que nécessaire. Sauf quelques exceptions, toutes modernes, le logement du personnel est insuffisant.

Quant à la tenue et à la propreté de ces logements, la Commission s'est fait un devoir de signaler la bonne tenue, la grande propreté, l'asepsie même de la presque totalité des installations des surveillantes.

Malheureusement, pour ce qui est du personnel inférieur, des infirmiers et infirmières, logés en commun dans les dortoirs, l'inverse est la déplorable règle.

Les dortoirs, *tous les dortoirs des hôpitaux*, affectés aux infirmiers des deux sexes, sont dans un état d'hygiène inavouable, honteux : cubage d'air insuffisant, lits accumulés sous les toits, sous les judas ouverts, pas de crachoirs; les poussières et ordures poussées en tas innombrables, balayées à la diable, par des gens irresponsables, surmenés; en un mot, une promiscuité effroyable de gens malpropres et, trop souvent, hélas ! pathogènes.

Il faut, et cela est urgent, créer l'éducation de ce personnel.

Dans cet ordre d'idées, il n'y a qu'un seul procédé convenable, humain; demandé par tous les hygiénistes, il sera réalisé dans les nouveaux pavillons de tuberculeux : c'est, pour chaque infirmier, l'habitat par chambres isolées.

III. — Traitement des tuberculeux a domicile

L'enquête a démontré que le traitement, à domicile, des indigents tuberculeux, est déplorable et, de plus, qu'il ne peut être bon.

Actuellement, sur les 6,000 secours par l'Assistance, on compte 348 tuberculeux soignés à domicile.

Sur ce nombre, 36 sont isolés seuls, 312 sont en famille.

Ces 312 en famille habitent avec 852 personnes qui les entourent et sont, par conséquent, exposées à la contamination.

Quatre moyens s'offrent pour lutter contre cette source inépuisable d'infection bacillaire, et sont proposés par la Commission :

1° Tout tuberculeux déclaré recevra un ou deux crachoirs, du modèle Duguet, avec le liquide antiseptique qu'il comporte ;

2° L'Administration vulgarisera les notions fondamentales concernant l'hygiène des tuberculeux. A cet effet, une plaquette courte, explicite, sera imprimée et distribuée à tous les secourus de l'Administration. Cette plaquette rappelle que la tuberculose pulmonaire est la plus répandue des maladies chroniques, la plus curable et la mieux évitable; qu'elle se propage par les crachats; qu'on l'évite par la destruction des crachats qu'il ne faut pas laisser se dessécher; que les crachats doivent être recueillis dans le crachoir muni du liquide antiseptique phéniqué; que le meilleur mode de destruction des crachats est leur ébullition dans un liquide (lessive de carbonate de soude, qui sera fourni, au besoin, par l'Administration) ;

3° La désinfection, par les services de la Ville, sera faite, au cours et à la fin de la maladie, dans les logements de tuberculeux. On continuera, comme par le passé, à désinfecter d'urgence les logements de tout tuberculeux admis à l'hôpital.

Enfin, les médecins du traitement à domicile sont les auxiliaires tout désignés pour cette ligue contre la tuberculose parisienne. Une circulaire leur sera adressée, dans laquelle l'Administration et la Commission font appel à leur dévouement hygiénique et leur demandent de combattre le bon combat contre les crachats de leurs tuberculeux.

Un dernier détail, d'une grande importance en l'espèce, est le suivant : l'assainissement des bureaux de bienfaisance est décrété. Les mesures sont simples :

1° Les salles seront munies de crachoirs communs installés dans les hôpitaux ;

2° Un avis, copié sur l'instruction affichée dans les hôpitaux, sera placardé, bien en vue, et les mesures qu'il énonce auront, comme à l'hôpital, leurs sanctions ;

3° Les parquets seront, chaque jour, soumis à un lavage antiseptique ;

4° La désinfection des salles se fera régulièrement à intervalles rapprochés, par les soins de la Ville ;

5° L'affichage des mêmes instructions que celles adressées à tous les agents secourus, et montrant les moyens pratiques de lutter contre la tuberculose, sera fait dans toutes les salles ressortissant à l'Administration de l'Assistance publique.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Tenu a Nancy, du 1er au 6 Aout 1896

Les hallucinations de l'ouïe.

M. Séglas. — L'hallucination crée l'apparence d'un objet extérieur actuel qui, en réalité, n'existe pas. Dans l'illusion, il y a existence réelle et actuelle d'un objet matériel existant; mais la perception n'est plus la copie réelle de cet objet. Le plus souvent, on tend à considérer l'hallucination et l'illusion comme les variétés d'un même trouble psychologique. En clinique, cependant, il y a intérêt à les distinguer.

L'hallucination de l'ouïe est un phénomène qui est loin d'être toujours identique à lui-même, et on peut en distinguer trois espèces ; 1° hallucinations *élémentaires*, dans lesquelles il y a perception d'un son brut; 2° hallucinations *communes* avec différenciation, l'idée que représente le son étant éveillée; 3° hallucinations conductives *verbales*, les malades entendant des voix qui articulent des mots.

Ces diverses formes d'hallucinations peuvent avoir des points de départ différents, et on peut les distinguer en hallucinations périphériques et hallu-

cinations centrales. Dans les premières, il y a, à l'origine, excitation de la périphérie de l'appareil sensoriel. La cause première de cette excitation périphérique peut résider dans l'appareil sensoriel lui-même, ou se trouver, en dehors du sujet, dans le monde extérieur, d'où la division des hallucinations périphériques en objectives et subjectives. Dans les deux cas, l'excitation initiale peut porter sur l'appareil sensoriel correspondant à l'hallucination, ou sur un appareil sensoriel différent.

Il est souvent difficile, dans la pratique, de séparer nettement l'illusion et l'hallucination.

Les hallucinations centrales reconnaissent des causes diverses : lésions de l'écorce cérébrale elle-même, ou altérations des méninges, des os du crâne. Quelquefois, on peut admettre l'action d'agents toxiques ou infectieux sur les éléments nerveux. Enfin, dans certains cas, il est probable qu'il s'agit de causes psychiques.

L'hallucination auditive est bilatérale ou unilatérale. Assez souvent, il y a association des hallucinations auditives avec d'autres sortes d'hallucinations. C'est ainsi qu'une malade sent une odeur de soufre en même temps qu'elle entend une détonation rappelant le bruit d'un feu d'artifice.

On a émis de très nombreuses théories pour expliquer le mécanisme des hallucinations en général. La théorie de Tamburini est une des plus conformes aux résultats des dernières recherches anatomo-cliniques ; il y aurait nécessairement mise en activité des centres sensoriels de l'écorce. Le point de départ de l'hallucination existerait soit dans le centre lui-même, soit dans les voies conductrices, soit dans les organes périphériques de la sensibilité.

L'hallucination aurait un mécanisme analogue, dans une certaine mesure, à celui de l'épilepsie d'origine corticale ; ce serait une épilepsie sensorielle.

Au point de vue purement psychologique, on peut considérer l'hallucination comme une image cérébrale extérieure.

En fait, à part la notion définitivement acquise de l'intervention des centres corticaux dans la production de l'hallucination, nos connaissances sur le mécanisme de cette dernière ont peu progressé, et il est impossible de formuler une théorie générale de l'hallucination, surtout de l'hallucination de l'ouïe ; d'ailleurs, le mécanisme en diffère peut-être suivant les cas. (*A suivre.*)

Congrès des médecins aliénistes. — Dans la séance du 3 août, les membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes ont décidé qu'au Congrès qui se tiendra à Toulouse, en 1897, seront traitées les questions suivantes : 1° Diagnostic différentiel de la paralysie générale ; 2° Hystérie infantile ; 3° Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.

MORT DE DESPRÉS

Le corps des hôpitaux vient de voir mourir successivement, et en peu de jours, Pajot, Després et Nicaise.

Le premier, retiré depuis longtemps de la lutte, est mort ayant atteint l'âge de quatre-vingts ans. Son remarquable talent de professeur est trop connu pour que nous en reparlions.

Després, lui, est mort avant d'avoir fini sa carrière dans les hôpitaux. Nous ne pouvons mieux faire pour retracer sa vie que de donner cette partie du discours prononcé par le Dr Poirier sur sa tombe :

« Després fut reçu docteur en 1861. Trois mois après, il concourait à l'agrégation, et, en 1866, à l'âge de trente-deux ans, il était reçu professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; sa thèse d'agrégation sur les tumeurs des muscles apportait déjà une lumière nouvelle en ce sujet complexe.

« Depuis deux ans déjà, Després était chirurgien des hôpitaux, et c'est à l'hôpital, à Sainte-Périne, à Lourcine, à Cochin, et enfin à la Charité, qu'il donna, sa vie durant, un enseignement clair, original, précis, fort apprécié des élèves.

« Les travaux du maître que nous venons de perdre sont trop nombreux pour qu'il me soit permis de les rappeler tous ; je citerai seulement son *Traité de l'érysipèle*, dans lequel l'élève chéri de Velpeau défendait les idées du maître, ouvrant la porte aux idées nouvelles, au progrès chirurgical. Després collabora activement au *Traité de pathologie chirurgicale* de Nélaton, et donna, en 1868, un *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales*, dans lequel le diagnostic des tumeurs, sujet difficile et complexe par dessus tout, était traité à la manière positive, précise et nette, du maître en diagnostic.

« Un peu plus tard, la syphilis, dont il constate avec douleur les ravages, particulièrement dans la clientèle hospitalière, retient son attention pendant quelques années ; avec son ordinaire netteté, il précise les modes de début et fixe les symptômes : ses idées sont condensées dans son *Traité théorique et pratique de la syphilis*, qui paraît en 1873. Il ne se préoccupe pas seulement de guérir, il cherche les moyens de prévenir. Sa thérapeutique fait surtout appel aux forces naturelles de l'organisme, se refusant de combattre le poison par un poison : sa querelle avec les partisans du mercure est dans toutes les mémoires.

« Le *Dictionnaire de thérapeutique*, que Després publia en collaboration avec Bouchut, est un abrégé très original et très personnellement conçu, des connaissances nécessaires à un praticien.

« La pyohémie fut ensuite l'objet de ses recherches : il étudia pondant longtemps les causes, espérant arriver aux moyens de prévenir la redoutable complication ; il ne les trouva point et ne vit pas que d'autres avaient été plus heureux que lui.

« J'en passe, messieurs ; aussi bien serait-il impossible de dire la longue série des mémoires sortis de la plume élégante de ce travailleur alerte. Je devrais aussi rappeler son incessante intervention dans les discussions scientifiques à la Société de Chirurgie, à la Société anatomique.

« Opérateur très habile, à la main sûre et bardie, il rappelait, dit-on, la manière de ses maîtres en chirurgie, Nélaton et Jobert de Lamballe.

« Son amour de la justice était connu. Dans les concours, Desprès se préoccupait avant tout d'être juste ; tous, vous avez encore présente à la mémoire la belle lettre dans laquelle il réclamait la responsabilité de juger. Là encore, comme toujours, il voulait bien ce qu'il voulait, et, polémiste convaincu, marchait à l'assaut sans se préoccuper des obstacles — la générosité de son esprit était sans égale.

« A Cochin, Desprès se fit remarquer par sa lutte acharnée contre l'Administration pour faire disparaître des billets de salle la mention de la religion des malades. Son grand bon sens, son amour de la justice et de l'égalité, lui avaient démontré l'inutilité et les dangers de l'innovation. Desprès revendiquait hautement les droits de la libre-pensée ; pourtant, peu après, nous le retrouvons luttant avec une égale ardeur pour les religieuses des hôpitaux contre la laïcisation ; la contradiction n'était qu'apparente : n'ayant point adopté les théories ni la pratique de la chirurgie nouvelle, il ne pouvait comprendre la nécessité d'un personnel nouveau.

« Chirurgien en chef de la septième ambulance pendant la guerre, Desprès suivit nos armées à Sedan, à Thionville, à Metz et plus tard à l'armée de la Loire ; insoucieux des fatigues, il prodiguait ses soins avec un admirable dévouement ; ses blessés étaient à lui : il sut les défendre contre tous, même contre le vainqueur.

« L'âme du patriote ardent qui était en Desprès sortit attristée des événements de l'année terrible. Et c'est surtout à partir de ce moment de sa vie que les idées humanitaires, qui l'avaient toujours préoccupé et que l'on retrouve dans le nombre de ses travaux, prirent le dessus. Désireux de travailler au bien public, dans une sphère d'où son action fût plus grande, il devint successivement conseiller municipal, puis député de Paris. Il eut pour électeurs ses amis, ses voisins du VI[e] arrondissement, qui voyaient de près son labeur quotidien et pouvaient par là augurer de son dévouement à l'intérêt public. Cet esprit si vif, doublé d'un cœur très simple, savait la langue et les formules qui plaisent aux foules — et d'instinct, la foule des pauvres et des souffrants allait à ce dédaigneux de popularité.

« Dans les deux assemblées, on put l'entendre défendant, avec l'abondance d'arguments et l'ardeur de conviction qu'il apportait en tout, ce qu'il croyait être le bien. Alors, c'était le filleul d'Armand Carrel qui parlait.

« Ses devoirs civiques ne lui firent jamais négliger l'hôpital, qui resta l'occupation principale et première de sa vie. Travailleur toujours, jusqu'au bout, Desprès ne s'est jamais reposé ; la maladie l'a surpris et terrassé sur son champ de bataille à l'hôpital.

« Repose en paix, chercheur inquiet de justice et de vérité ; adieu, maître probe, juste et bon. »

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1896

MM. Cornil et Chaput ont entrepris d'intéressantes recherches sur les *phénomènes histologiques* qui se produisent dans l'*accolement des séreuses*, au cours des opérations pratiquées sur l'intestin.

Les expériences ont porté sur des chiens, qui ont été ensuite sacrifiés en séries ; elles consistaient à suturer l'une à l'autre deux anses intestinales, après en avoir irrité la surface au moyen de nitrate d'argent.

Dès les premières heures, l'accolement se fait au moyen d'un réseau de fibrine contenant, dans son épaisseur, des globules blancs et des hématies.

Après vingt-quatre heures, la fibrine existe entre les deux couches péritonéales, entre les fibres musculaires et le long des fils de suture, cette fibrine contient beaucoup de globules blancs. L'épiploon, d'un côté ; le mésentère, de l'autre, s'accolent à la cicatrice par l'intermédiaire de la fibrine. Les cellules endothéliales du péritoine sont volumineuses, gonflées, et commencent à s'anastomoser entre elles ; leur noyau prolifère.

Après quarante-huit heures, l'état, est à peu près le même ; autour des vaisseaux, les cellules du tissu conjonctif ont leur noyau en voie de prolifération.

Après trois jours, autour des fils de suture, dans les couches musculaires et le péritoine, on voit une accumulation de globules blancs qui persistent encore pendant quelques jours, et une prolifération des grandes cellules du tissu conjonctif qui s'anastomosent entre elles. Dans le péritoine, on voit des cellules vaso-formatives.

Après quatre jours, les cellules endothéliales du péritoine, et ce qui est la même chose, les cellules du tissu conjonctif, sont devenues volumineuses, parfois même colossales ; leur noyau se multiplie par division directe, et leur protoplasma pousse des prolongements qui cheminent en suivant les filaments de fibrine, et vont rejoindre soit les prolongements analogues des cellules voisines, soit les vaisseaux de la cicatrice ; ce sont alors des cellules vasoformatives.

Dans la fibrine qui accole le grand épiploon à la cicatrice et dans le tissu cellulo-adipeux du grand épiploon, les

mêmes phénomènes de prolifération cellulaire s'observent également.

Après cinq jours, on trouve dans les préparations histologiques des cellules vaso-formatives, des cellules conjonctives anatomiques, et des vaisseaux de nouvelle formation.

Au huitième jour, il existe encore un réseau de fibrine avec des cellules en prolifération.

Dans les parties définitivement réparées, la fibrine n'existe plus que sous forme de grumeaux amorphes ou d'une substance fondamentale homogène. C'est toujours dans les parties les mieux affrontées que la cicatrice se complète le plus rapidement.

En résumé, tous ces phénomènes relèvent de l'activité propre des cellules endothéliales et du tissu conjonctif, qui se gonflent, se déplacent, s'anastomosent.

— Au cours de la séance, M. DEBOVE a présenté un travail de MM. A GILBERT et L. FOURNIER sur la *psittacose*. M. BLANCHARD a lu un rapport sur un cas d'*actinomycose de la mâchoire* ayant guéri par l'iodure de potassium ; ce travail avait été adressé par M. le Dr DUCOR. M. FOURNIER a présenté, au nom de MM. BARTHELÉMY et OUDIN, des photographies par les rayons de Röntgen et représentant, l'une une tumeur blanche du genou chez une petite fille, l'autre un cubitus entouré d'une énorme gomme syphilitique. M. MAGNAN a montré, au nom de M. MELNIKOF, de Moscou, des pièces anatomiques que l'on croirait fraîches, bien qu'elles aient été enlevées il y a un an ; ces pièces ont séjourné dans la formaline à 40 % pendant vingt-quatre heures, dans l'alcool à 95° pendant six heures, puis ont été incluses dans la gélatine additionnée d'acétate de potasse. M. HERVIEUX a communiqué son rapport annuel sur la vaccine. Enfin, M. le président a annoncé à l'Académie la mort d'un de ses membres, M. Nicaise, et M. Pozzi a lu le discours qu'il avait prononcé sur la tombe du regretté chirurgien

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 31 JUILLET 1896

M. BABINSKI présente à la Société une malade atteinte d'hémiparalysie gauche de la langue consécutive à une lésion traumatique de l'hypoglosse. M. Babinski insiste principalement sur ce point que la langue est déviée à gauche, du côté malade, quand la pointe est portée hors de la cavité buccale, ainsi que cela a été souvent observé ; quand la bouche est fortement ouverte, la pointe se dévie à droite, du côté sain, surtout si la malade cherche à porter la langue en arrière. M. Babinski a observé le même phénomène sur le lapin et sur le chien, après section de l'hypoglosse.

— Voici encore de nouveaux faits en faveur du *sérodiagnostic de la fièvre typhoïde*, d'après la méthode de M. Widal. M. LEMOINE (Val-de-Grâce) a trouvé, dans les selles d'un malade atteint de tuberculose aiguë, le bacille d'Eberth. L'épreuve du sérum ne produisit pas l'agglutinement des bacilles. L'autopsie vint bientôt montrer l'absence de toute lésion de fièvre typhoïde.

M. ACHARD apporte à ce fait l'appui de l'expérimentation. Ayant fait absorber à un cobaye des cultures du bacille d'Eberth, il vit que son sérum restait dépourvu de toute propriété agglutinante. M. Achard a, d'autre part, avec M. Bensaude, donné cette propriété au sérum du cobaye par l'inoculation péritonéale de cultures peu virulentes de bacilles d'Eberth. Inversement un animal peut succomber rapidement à l'inoculation intra-veineuse ou sous-cutanée de bacilles d'Eberth, sans que son sérum possède la propriété agglutinante.

MM. ACHARD et BENSAUDE ont constaté que le lait d'une nourrice atteinte de fièvre typhoïde possédait, comme le sérum sanguin, le pouvoir agglutinant.

« Ce lait, disent MM. Achard et Bensaude, mélangé dans les mêmes proportions que le sérum (1 p. 10) à des cultures jeunes de bacilles d'Eberth et dans le bouillon, a provoqué l'agglutination en amas volumineux. Nous avons cherché alors si cette propriété n'existait pas aussi dans le lait de femmes saines ou atteintes d'autres maladies. Nos recherches ont porté sur six nourrices, trois bien portantes et trois atteintes de diverses affections : colique hépatique avec ictère, rhumatisme articulaire aigu et phlegmon de la cuisse provoqué par le staphylocoque doré. Dans aucun de ces six cas nous n'avons observé le même phénomène d'agglutination. On voit bien avec le lait se produire parfois dans les préparations quelques amas autour de petits corps étrangers, de débris épithéliaux, de globules de lait, mais ces amas sont peu volumineux et très peu nombreux, au lieu qu'avec le lait de notre malade atteinte de fièvre typhoïde, les amas étaient aussi nombreux et aussi volumineux que dans les préparations faites avec le sérum sanguin.

« Il est à noter que deux des femmes dont nous avons recueilli le lait dans un but de contrôle (la 5e et la 6e) avaient eu autrefois la fièvre typhoïde, seize ou quinze ans auparavant. Leur sérum, d'ailleurs, était dépourvu de toute propriété agglutinante.

« De même que le sérum sanguin, le lait de notre typhique, recueilli purement et mélangé dans la proportion de 1/10e à du bouillon ensemencé avec le bacille d'Eberth, donnait à l'étuve, en quelques heures, des grumeaux visibles à l'œil nu, ce que l'on obtenait pas avec les autres laits.

« Le lait s'est donc, ici, comporté comme le sérum sanguin ; mais nous nous garderons bien de conseiller, pour le diagnostic, l'examen de lait en place de sérum chez les nourrices. Rien ne dit, en effet, que la propriété agglutinante existe constamment dans cette sécrétion ; en outre, le lait est un liquide très facilement altérable, et, pour cette raison, moins commode à manier que le sérum. Aussi importait-il, dans les recherches que nous avons faites, d'employer toujours du lait frais, car nous avons observé des différences importantes dans le phénomène d'agglutination, lorsque le lait datait de plusieurs heures et que les préparations étaient envahies par des microbes étrangers. Ces modifications n'étaient pas dues seulement aux changements de réaction du milieu, car nous avons constaté qu'une acidification ou une alcalinisation légère du lait n'altérait pas son pouvoir agglutinant.

« La présence dans le lait de la propriété d'agglutiner le bacille d'Eberth, nous a permis d'étudier l'influence que la chaleur exerce sur cette propriété ; avec le lait, en effet, on n'est pas arrêté, comme avec le sérum, par la coagulation de l'albumine. Nous avons vu qu'un séjour prolongé à 60° ne modifie pas cette propriété. A 100°, elle est considérablement diminuée : un chauffage de quinze minutes à 120° à l'autoclave la fait disparaître.

« Comme M. Vidal l'a signalé pour l'urine, la filtration à la bougie de porcelaine fait perdre au lait cette propriété.

« La disparition du pouvoir agglutinant après le chauffage et la filtration n'est peut-être pas sans intérêt au point de vue théorique.

« Enfin, nous avons cherché si cette propriété du lait

s'est transmise au sérum de l'enfant qui s'en nourrissait et qui demeurait, d'ailleurs, en parfaite santé : l'examen fait avec ce sérum ne nous a pas montré d'agglomération du bacille d'Eberth.

« En terminant, nous devons ajouter que le lait de notre malade ne contenait pas de bacilles d'Eberth, et que, en le recueillant aseptiquement, nous avons pu, par des ensemencements, vérifier sa stérilité. »

MM. Widal et Sicard ont, de leur côté, recherché la *réaction agglutinante dans le sang et le sérum desséchés* des typhiques et dans la sérosité des vésicatoires.

Leurs expériences montrent que le sérum desséché conserve, au moins pendant quelque temps, des propriétés agglutinatives; le sang desséché les conserve également, mais à un degré moindre. La réaction n'est, en tous cas, jamais aussi nette qu'avec le sang ou le sérum frais.

Quant à la sérosité des vésicatoires chez les typhiques, elle possède la propriété agglutinative à un aussi haut degré que le sérum. La sérosité de pneumonique et de pleurétiques n'a pas donné la réaction.

M. Achard a vu, d'autre part, que la lumière solaire diffuse n'altère en rien la propriété agglutinante du sérum, pas plus d'ailleurs que la lumière solaire directe, pourvu que l'on prenne des précautions pour que la température ne s'élève pas au-dessus de 40°.

— Citons enfin une communication de M. Chantemesse sur *l'étiologie de la fièvre typhoïde*. Cet auteur, après avoir fait ressortir l'importance du degré de virulence de l'agent pathogène et la nécessité de causes prédisposantes et adjuvantes, parle du rôle que jouent certainement dans la genèse de la fièvre typhoïde certains microbes qui aident puissamment à augmenter la vitalité et le développement du bacille d'Eberth. M. Chantemesse a, lui aussi, recherché la réaction du sérodiagnostic; elle n'a jamais manqué avec le sérum des typhiques.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales.

On sait que le contenu des vésicules séminales éjaculé par le cobaye se coagule à la sortie de l'urèthre et prend une teinte blanche cireuse, analogue à la bougie. MM. Camus et Gley viennent de démontrer que cette coagulation se fait sous l'influence du liquide prostatique. Si on mélange du contenu des vésicules séminales avec une gouttelette du liquide prostatique, la coagulation ne tarde pas à se faire. Mais si on a préalablement chauffé le liquide prostatique à 70° pendant quinze minutes, il perd son pouvoir coagulant. Ni la pressure ni le fibrin-ferment ne provoquent cette coagulation, ni les oxalates, ni la peptone, ni l'extrait de sangsues ne l'empêchent. Inversement, le liquide prostatique n'a d'action coagulante ni sur le sang ni sur le lait. C'est donc bien un nouvel agent coagulant.

De l'influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud.

M. Danilewsky a indiqué précédemment que la lécithine accélère notablement la croissance de têtards de grenouille. Dans de nouvelles expériences, il démontre que l'injection de lécithine, en petite quantité dans l'organisme des animaux à sang chaud, donne une *sensible augmentation de poids du corps dans la période de croissance*. L'influence de la lécithine ne s'explique pas seulement par une augmentation probable de la masse du sang et par une amélioration dans sa composition, mais, selon toute probabilité, par une action immédiate sur le cerveau qui se développe.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Officier. — M. Perier, de Paris.

Chevaliers. — MM. Leroux, Gilbert, Auvard, Vialle, de Paris; Belugou, de Lamelon-les-Bains; Bonneau, de Mantes.

Bibliothèque de l'Académie de médecine. — La bibliothèque de l'Académie de médecine s'est enrichie pendant l'année 1895 de 5,919 volumes ou brochures et de 400 estampes ou portraits.

Le total des volumes que renferme cette bibliothèque s'élève maintenant à 164,529.

Les 400 estampes ou portraits proviennent en partie du don fait à l'Académie par le Dr Marjolin, partie du legs du baron Larrey.

Par la voix de son secrétaire perpétuel, M. Bergeron, l'Académie a témoigné sa reconnaissance à son infatigable bibliothécaire, M. Dureau, « pour la patience et le dévouement, grâce auxquels il parvient, en dépit des lamentables conditions matérielles du local, à classer toutes ces richesses, à les préserver autant que possible de toute détérioration et à les mettre à la disposition des travailleurs de plus en plus nombreux qui viennent consulter ces riches collections ».

Dispensaire de salubrité de la Préfecture de police. — M. Passant, médecin en chef du Dispensaire de salubrité, ayant été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, a été nommé médecin en chef honoraire.

M. Commenge, médecin en chef adjoint, a été nommé médecin en chef.

M. Davesne a été nommé médecin en chef adjoint.

Voici quelle est, à partir du 1er août 1896, la composition du service médical du Dispensaire de salubrité :

Médecin en chef : M. Commenge.

Médecin en chef adjoint : M. Davesne.

Médecins titulaires : MM. Jaubert, Landois, Lemoine, Darin, Dercoust, Calendreau, Boussi, Branly, Butte, Senac, Servaux, Marty, Poupon, Gillet, Rovillain.

Médecins adjoints : MM. Frasey, Lenoir, Hautecœur, Lebon, Gresset, Tournier.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LES CONGRÈS

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu a Nancy du 6 au 10 Aout 1896

Les applications du sérum sanguin au traitement des maladies ont été étudiées par M. Roger, dans un rapport dont nous allons résumer les principaux points. Les premières recherches sur la séro ou plutôt l'hémothérapie, ont été publiées par Héricourt et Richet; viennent ensuite les communications de Babes et Leep, puis celle de Bouchard qui, le 7 juin 1890, faisait savoir que le sérum peut remplacer le sang dans le traitement des infections.

Les travaux établissant le pouvoir bactéricide du sang et du sérum avaient préparé les découvertes précédentes (Metchnikoff, Gamaleïa, Nuttal); Roger avait montré que la vaccination augmente ou fait apparaître le pouvoir bactéricide du sang. C'est ici que se place la grande découverte de Behring et Kitasato, qui a fait entrer la sérothérapie dans une voie toute nouvelle.

Les premiers essais de sérothérapie ne conduisirent cependant pas à de grands résultats jusqu'au moment où furent publiés les travaux de Behring, Roux, Martin et Chaillou, sur le traitement de la diphtérie. Actuellement il existe 18 maladies infectieuses humaines que l'on a proposé de traiter par le sérum.

On doit, pour obtenir des résultats constants, s'adresser à des animaux ayant subi des vaccinations préalables, c'est-à-dire dont l'organisme a fabriqué les matières nécessaires pour sa défense contre l'infection. L'immunité ainsi obtenue est une immunité *passive*, tandis que la bactériothérapie donne une immunité *active*.

Ce qui doit guider dans le choix de l'animal, c'est la possibilité d'obtenir de grandes quantités de sang et d'avoir un sérum doué de propriétés toxiques. Le sérum des équidés semble le meilleur.

Trois méthodes servent à vacciner l'animal : l'inoculation des microbes vivants, l'injection de toxines produites dans des cultures artificielles, l'injection de toxines provenant de l'organisme malade.

Lorsque l'agent pathogène n'a pas été isolé, on pourra prélever du sérum sur des individus vaccinés au moyen de tissus virulents et modifiés (rage); se servir du sang obtenu après guérison de la maladie spontanée ou inoculée (vaccine); utiliser le sang recueilli chez l'homme qui a eu la maladie que l'on cherche à traiter (scarlatine).

Le liquide curateur est généralement introduit sous la peau; le lieu le plus possible pour l'injection est la région abdominale, la dose à injecter varie selon la gravité des cas et l'activité du sérum. A l'Institut Pasteur on détermine, comme mesure de cette activité, l'action préventive contre le microbe vivant; l'unité est le nombre de grammes qu'un centimètre cube de sérum est capable de protéger.

On peut diviser en quatre groupes, les maladies dans lesquelles on a utilisé la sérothérapie : 1° maladies dont l'agent pathogène est connu; 2° maladies dont l'agent n'est pas connu; 3° maladies spéciales aux animaux; 4° intoxications.

1. Charbon. — La sérothérapie du charbon n'a été étudiée qu'expérimentalement; les principaux travaux sont ceux de Behring, Hankin, Sanarelli, Metchnikoff et Roux. Marchoux a pu obtenir un sérum d une force de 2000, c'est-à-dire que 1 c. q. de ce sérum protège un lapin de 2 kilogr., si on l'injecte vingt-quatre heures avant l'inoculation. Ce sérum, actif avec une inoculation faite au niveau du flanc, l'est beaucoup moins si elle a eu lieu à l'oreille; il échoue, si on a eu recours à une inoculation intra-péritonéale.

Le *choléra* spontané est surtout une intoxication produite par les toxines sécrétées par les bacilles qui pullulent dans l'intestin. Ransom a tenté de le traiter d'après les principes suivis par Behring, dans le traitement de la dipthérie, et a extrait des cultures cholériques un poison soluble très actif. Les résultats ont été bons dans le choléra expérimental. Chez l'homme, à Hambourg, Freymouth a injecté du sérum de convalescents.

Coli-bacillose. — Le sérum d'individus normaux peut avoir une action batéricide. Salvati, Gaetano,

Albarran et Mony, en employant un procédé de vaccination un peu spécial, ont obtenu des résultats assez encourageants, pour permettre des applications pratiques, notamment dans les infections urinaires. On a cherché si le sérum, qui combat l'infection coli-bacillaire, pouvait combattre l'infection typhique. On n'a obtenu que des résultats incomplets.

Diphtérie. — L'usage du sérum antidiphtérique a transformé le pronostic de la diphtérie. Les résultats obtenus ont été exposés dans le rapport de M. Haushalter. Le sérum antidiphtérique a été employé dans le traitement de l'ozène par Belfanti, Della Vedora, Bizzolo. On n'a obtenu que des améliorations légères et passagères.

Dans la *pneumococcie*, les premières tentatives curatives chez l'homme ont été faites par G. et F. Klemperer, qui obtinrent, chez 30 pneumoniques sur 29, une amélioration très marquée; 21 fois la crise se produisit le lendemain et le surlendemain de l'éruption.

Charrin et Roger ont reconnu que l'injection au lapin du sérum sanguin de l'homme pneumonique, obtenu par saignée au moment de la défervescence ou sept jours après, rend le lapin réfractaire à l'inoculation du pneumocoque, et cela quatre et même onze jours après l'inoculation du sérum. Il peut encore citer les tentatives d'Andéoud, de Maragliano. Righi a employé la sérothérapie antipneumococcique dans un cas de méningite qui s'est terminé par la guérison.

On a encore employé la sérothérapie dans la *protéobacillose*, la *pyocyanobacillose*, la *lèpre*.

Dans la *staphylococcie*, les principaux travaux sont ceux de Rodet, Courmont, Viquerat. Kose a pu vacciner une chèvre en lui injectant d'abord des cultures atténuées par la chaleur, puis des liquides de plus en plus virulents.

La *streptococcie* a été étudiée par Lingelsherres, Paoli, Mirouff, Marmorek, etc. Roger a reconnu que, quel que soit le procédé employé pour obtenir le sérum antistreptococcique, ce sérum fait perdre aux microbes qui s'y développent leurs propriétés pathogènes. La première tentative de sérothérapie antistreptococcique chez l'homme est due à Gramokowsky. Roger et Charrin ont obtenu des succès chez des malades atteints de fièvre puerpérale. Marmorek a eu de bons effets dans cas d'érysipèle. Pour ce qui est de ce dernier, les résultats sont à peu près les mêmes que ceux obtenus avec les traitements les plus simples; il faudrait réserver la sérothérapie pour érysipèles graves, à rechutes ou à formes prolongées, pour ceux des nouveau-nés. Les effets ont varié beaucoup, selon les expérimentateurs, dans la septicémie puerpérale. Pour Roger, il faut employer jusqu'à 60 centigrammes de sérum par jour. Le sérum serait un adjuvant utile dans le traitement de la fièvre puerpérale, mais il faudra toujours utiliser en même temps les traitements habituels. On ne sauvera pas tous les malades, car la septicémie, dans ce cas, relève souvent d'une association bactérienne. Cependant le sérum a semblé efficace contre le pneumo-bacille.

Les effets obtenus dans les septicémies chirurgicales ont été bons; ils sont très incertains dans la scarlatine.

Le sérum *tétanique* est antitoxique. On peut l'employer pour prévenir la maladie.

Les premiers essais de sérothérapie *antituberculeuse* sont dus à Richet et Héricourt. Si l'on n'est pas encore parvenu à préparer un sérum antituberculeux vraiment actif, c'est sûrement parce qu'on n'a pas trouvé le moyen de vacciner les animaux. De très nombreux essais ont été faits. En 1892, Babès et Broca, faisant d'abord des injections de tuberculine aviaire et humaine, puis de tuberculose aviaire et humaine ont pu, surtout dans les tuberculoses locales, obtenir de grandes améliorations.

Le sérum de Marigliano semble réellement être parfois efficace. D'après une statistique portant sur 422 cas, il y aurait guérison dans 26 °/₀, amélioration dans 48,05 °/₀, état stationnaire dans 25,51 °/₀, aggravation et mort dans 8,25 °/₀ des cas. Le traitement semble réussir surtout dans les formes apyrétiques.

Le sérum des animaux vaccinés contre la *fièvre typhoïde* est préservatif et curatif. La vaccination contre le bacille du côlon donne un sérum actif à un faible degré contre le bacille typhique. D'après Klemperer et Levy, le sérum de chiens vaccinés abrège l'évolution morbide. Chantemesse a obtenu, dans 3 cas, un amendement très rapide de la maladie.

Gabritchewski a reconnu récemment que le sang des sujets convalescents du *typhus récurrent* possède un pouvoir bactéricide très net, vis à vis du bacille d'Obermeier.

II. — RAGE. — Les premières recherches sur la sérothérapie de la rage sont dues à Babès; après lui sont venus Tizzoni, Schwarz, Centenin. La méthode sérothérapique devrait remplacer la méthode pastorienne quand il faut agir rapidement, et Babès l'a employée avec succès chez l'homme.

Vaccine et variole. — Sternberg, Béclère, Chambon et Ménard ont obtenu des résultats intéressants; mais il est évident que la sérothérapie n'est pas appelée à détrôner la vaccination jennérienne, la quantité de sérum à injecter est trop considérable, l'immunité produite est trop incomplète et surtout trop

peu durable. Reclère a employé le sérum vaccinal dans des cas de variole; les expériences sont encore trop récentes pour que l'on puisse se former une opinion.

On a obtenu quelques résultats favorables dans la *coqueluche*, la *rougeole*, la *scarlatine*, le *typhus exanthématique*.

Quelques bons effets ont été obtenus dans la *syphilis* par Héricourt et Richet, Mozza, Tominavoli, Eplbert et Fournier; le traitement classique est bien préférable.

On n'a obtenu que bien peu de choses dans les cancers et néoplasmes.

III. — Duenschmann a pu obtenir, contre le *charbon symptomatique*, un sérum bactéricide et antitoxique. On a pu obtenir de bons effets de la sérothérapie dans le *rouget du porc*, la *septicémie aviaire*, etc.

IV. — Les recherches d'Ehrlich sur les intoxications ont montré que l'on pouvait vacciner contre l'abrine et la ricine, c'est-à-dire des toxalbumines végétales. On n'a obtenu que peu de chose quand il s'est agi des alcaloïdes végétaux, mais on a préparé contre les venins des sérums très efficaces (Phisalix, Bertrand, Calmettes). Lepinay a obtenu un succès chez l'homme.

D'une façon générale, les effets prophylactiques des sérums sont plus marqués que les effets thérapeutiques. La vaccination par les sérums a cette supériorité sur la vaccination par les microbes atténués ou par les produits solubles, d'exercer une action immédiate; mais elle a une infériorité, car l'immunité qu'elle confère n'est pas durable. On a essayé des injections prophylactiques chez des accouchées, chez des sujets traumatisés et se trouvant dans des conditions où le tétanos se développe souvent, chez les individus exposés à contracter la diphtérie. Roux préconise les injections préventives dans la dipthérie, cependant elles ne sont pas très efficaces, et, de plus, elles exposent à des accidents.

Les injections de sérum peuvent déterminer des ACCIDENTS VARIÉS.

Les *abcès* sont dus à une altération du sérum, à une désinfection insuffisante de la peau ou des instruments. Cependant le sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés par des cultures vivantes peut provoquer des lymphangites, des phlegmons, des érysipèles. On peut éviter ces accidents en prenant le sang longtemps après la dernière injection de culture et en filtrant une bougie de porcelaine.

Les *exanthèmes* sont produits par le sérum normal comme par les sérums médicamenteux. Les éruptions, de forme variable, sont généralement passagères; elles récidivent parfois. Leur fréquence varie énormément d'un moment à l'autre, ce qui tient en partie à ce que les chevaux ne fournissent pas des sérums indentiques. Les accidents sont moins fréquents quand on a le soin de faire jeûner les animaux avant de pratiquer la saignée; elles se montrent dans 14 °/o des cas.

Les *artropathies* accompagnent généralement ces éruptions; elles ne suppurent jamais. En même temps que ces diverses manifestations, le malade présente parfois des phénomènes généraux. La fièvre peut atteindre 40 et 41°; elle suit aussi les injections de sérum normal. La polyurie n'est pas constante, mais l'urée et les phosphates augmentent en même temps que les chlorures diminuent. Ces effets se produisent aussi avec le sérum normal. La peptonurie est constante, et on peut rencontrer de l'urobilinurie.

L'accord est loin d'être fait relativement à la nature des troubles que le sérum détermine du côté des reins. Cependant, il est certain que, dans certains cas au moins, les injections de sérum ont provoqué de l'albuminurie, qui accompagnait alors les éruptions, les arthropathies, la fièvre, l'embarras gastrique. Ces albuminuries ont été parfois inquiétantes. On a observé de l'anurie, une néphrite hémorragique. Outre cette dernière et le purpura, les injections de sérum peuvent provoquer des épistaxis, des hémorragies utérines. Le sérum, dans la diphtérie, diminue la leucocytose, contrairement au poison diphtéritique; c'est une action spécifique due à l'antitoxine. L'aptitude du leucocyte à se laisser colorer est augmentée, et dans les cas où l'injection de sérum ne fait pas reparaître dans les leucocytes la réaction tinctoriale du poison sous l'influence de l'antitoxine, le pronostic doit être considéré comme désespéré. Zagori et Calabreve ont noté une diminution du nombre des hématies et de leur richesse en hémoglobine. Du reste, les injections de sérum sont parfois suivies d'états anémiques rebelles et graves; des enfants traités préventivement sont restés longtemps pâles et chétifs, et leur développement a été troublé. Orling est arrivé expérimentalement à montrer cette action nuisible du sérum sur la nutrition. On a encore observé des vomissements, des diarrhées profuses, des adénopathies, de la tuméfaction de la rate, des troubles cardiaques.

Il est bien établi que la plupart des phénomènes relevés après les injections de sérum ne sont pas dus aux antitoxines, mais à l'action que possède tout sérum étranger. Les accidents du syndrôme tardif (fièvre, arthropathie, etc.), peuvent se prolonger pendant quatre à cinq semaines; la mort est survenue dans quelques cas. Les efforts des expérimentateurs doivent tendre à isoler la substance active,

et le jour où on aura entre les mains un produit débarrassé des substances inutiles et nuisibles, un grand progrès aura été accompli.

Nous ne pouvons suivre le rapporteur dans son exposé de la théorie de l'immunité. On sait que M. Roger a fait lui-même de nombreuses expériences sur ce sujet, qu'il a montré l'action des sérums sur certaines fonctions microbiennes.

Deux théories principales cherchent à expliquer le mode d'action des sérums ; l'une tâche de concilier les résultats de la sérothérapie avec la doctrine purement phagocytaire, l'autre cherche une explication purement humorale. En réalité, le sérum prophylactique ou curateur apporte à l'organisme des substances qui s'ajoutent à celles que cet organisme oppose lui-même aux microbes, et la sérothérapie n'est qu'une variété des méthodes antiseptique ou antidotique.

La sérothérapie n'a, jusqu'à présent, produit de résultats indéniables que dans la diphtérie, et encore est-elle moins efficace chez l'homme que chez l'animal. C'est que ce dernier, bien portant, a été rendu artificiellement malade, tandis que l'homme n'a été atteint que parce qu'il y avait une déchéance préalable de l'organisme. Souvent, on intervient trop tard, et dans tous les cas, on ne peut lutter contre les phénomènes d'auto-intoxication dus à l'altération des viscères par une maladie antérieure ou la maladie actuelle. La sérothérapie ne peut donc supplanter les autres méthodes ; c'est un nouveau moyen de défaite que l'on doit ajouter aux autres, voilà tout.

— Le rapport de M. Hausbalter est consacré à l'**application des sérums thérapeutiques au traitement de la diphtérie et du tétanos.** Nous ne nous occuperons que de la partie du rapport de la pratique de la sérothérapie dans ces maladies, en laissant de côté les considérations théoriques.

Dans la diphtérie, la question de la dose a une grande importance. Chez l'enfant, dans un cas bénin, on débutera au-dessous de 1 ou par 5 c. q., au-dessus, par 10 c. q. S'il s'agit d'un cas grave ou associé, il y a avantage à débuter par une forte dose, 20 c. q. Chez l'adulte, la dose initiale ne doit pas être inférieure à 30 c. q. L'intervalle entre les injections sera en moyenne de vingt-quatre heures. On doit pratiquer l'injection aseptiquement dans le tissu cellulaire du dos ; Chantemesse a essayé trois fois avec succès de la voie rectale. Sous l'influence de l'injection, la fausse membrane disparaît en deux ou trois jours dans les formes légères, en trois ou quatre jours dans les formes cutanées. Dans les diphtéries septiques, l'action du sérum sur la fausse membrane est parfois moins efficace. Le sérum ne préserve pas des paralysies.

Partout où on a employé la sérothérapie dans la diphtérie, la mortalité par cette maladie s'est abaissée. Autrefois, cette mortalité variait de 55 à 35 % ; elle est tombée à 25 %, 12 % même ; on peut l'évaluer à 6, 9 %, en retranchant les cas où la terminaison fatale est survenue dans les vingt-quatre heures après l'injection, c'est-à-dire ceux où cette dernière a été faite trop tard. Les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'intervention est plus précoce ; chez les tout jeunes enfants, les résultats sont moins favorables. C'est dans la diphtérie pure que l'on obtient le plus de succès. Si les cultures de la fausse membrane donnent en même temps que le bacille de Loffler des colonies membraneuses de streptocoques, les effets du sérum sont moins bons.

Le croup est devenu moins fréquent depuis que l'on emploie le sérum antidiphtérique; les guérisons après la trachéotomie et le tubage sont beaucoup plus nombreuses.

Dans les angines aiguës non membraneuses, même où l'on isole le bacille de Loffler, l'injection n'est guère indiquée, sauf si l'on trouve des bacilles longs et virulents, en même temps qu'un état général grave.

On devra de suite faire l'injection si les exsudats pharyngés sont abondants et extensifs, s'il y a des troubles laryngés, même légers, si on constate des phénomènes de suffocation en l'absence de lésions pharyngées et nasales.

Si les fausses membranes renferment des streptocoques en même temps que le bacille de Loffler, les doses doivent être fortes et répétées.

Martin conseille d'injecter successivement 20 c. q. de sérum antidiphtérique et 10 c. q. de sérum antistreptococcique à tout enfant présentant des signes de broncho-pneumonie en même temps quo la diphtérie.

On ne doit pas intervenir chirugicalement, en cas de croup, même avec tirage, tant que le cœur se contracte bien, que le pouls est bon, que les lèvres ne blanchissent pas.

Le tubage doit être tenté avant la trachéotomie; il est contre-indiqué dans la diphtérie toxique, dans la broncho-pneumonie étendue, la bronchite pseudo-membraneuse. La trachéotomie doit être faite s'il y a de l'œdeme de la glotte, si le rejet de fausses membranes ramifiées indique l'envahissement des parties profondes de l'arbre respiratoire, s'il y a association de trachéite et de bronchite avec rejet de muco-pus en grande quantité, etc.

Il est probable que le sérum a une action préventive, mais cette action qui n'est pas encore bien démontrée, doit être en tout cas très passagère. Il vaut mieux s'abstenir.

II. Tétanos. — Le sérum tétanique est employé chez l'homme à l'état sec, à l'état liquide et sous la forme dite antitoxine de Tizzoni.

Le sérum liquide doit être employé à fortes doses, 100 c. q. pendant trois jours de suite; 1 gramme de sérum sec, moins facilement altérable, équivaut à 10 grammes de sérum liquide. Enfin on utilise l'antitoxine précipitée par l'alcool aux doses de 0,25 à 0,60 centigrammes. Les 44 cas de tétanos traités par la sérothérapie, il y a eu 26 guérisons et 18 morts, soit une mortalité de 40 %. Or, la mortalité du tétanos est très variable et la moitié des cas chroniques guérissent.

D'une façon générale, il semble que la sérothérapie n'a guère d'action dans les formes graves ou rapides et, d'autre part, lorsque la guérison a été obtenue, le sérum ne semble pas y avoir été pour grand'chose, les malades n'ayant reçu que des doses minimes. La sérothérapie ne doit être que l'auxiliaire des autres traitements.

Expérimentalement, en médecine vétérinaire, on a pu préserver les animaux en les immunisant au début de la période d'incubation.

Dans les plaies par écrasement, les plaies souillées de fumier, de terre, il sera légitime, chez l'homme, de chercher à obtenir la prévention d'un tétanos possible. Bazy a fait des infections préventives chez 23 blessés; il n'a pas de cas de tétanos, tandis que l'année précédente il en avait eu 4. Il est vrai que le tétanos est fort rare et est loin de se développer toujours, même lorsque les plaies sont souillées de terre ou de fumier. La sérothérapie préventive pourra être très utile en cas de guerre lorsqu'il semble que le tétanos tend à devenir épidémique.

Un certain nombre de communications relatives à la sérothérapie ont été faites au Congrès.

MM. Denys et Menue ont obtenu un sérum *antipneumococcique* qui a une action préventive et curative à la fois. Ils ne l'ont pas encore expérimenté chez l'homme.

MM. Béclère, Chambon et Ménard, en injectant du sérum de cheval en grande quantité sous la peau d'une génisse, ont obtenu des *accidents* absolument analogues à ceux qui suivent l'injection des sérums thérapeutiques chez l'homme.

MM. Albarran et Mosny ont donné les résultats de nouvelles recherches sur l'*infection urinaire*. Depuis trois mois ils emploient, dans le service de M. Guyon, la sérothérapie de l'infection urinaire coli-bacillaire chez l'homme. Les auteurs ont pratiqué des injections sous-cutanées de sérum, et, d'un autre côté, ils en ont injecté dans la vessie des malades, en se bornant sur ce fait que, expérimentalement, une très petite quantité de sérum ajouté à la culture en détruit les effets. Les résultats obtenus ont été bons. Chez l'homme, l'infection urinaire coli-bacillaire présente des allures cliniques bien connues qui autorisent à appliquer la sérothérapie non seulement pour combattre l'infection déjà développée, mais encore d'une manière préventive, pour empêcher l'éclosion d'accidents dont l'évolution est certaine dans un délai déterminé. MM. Albarran et Mosny espèrent appliquer leur sérum à la cure d'autres affections colibacillaires.

M. Bondot a vanté les effets du sérum de Marmorek sur l'érysipèle. L'état général s'améliore rapidement, la durée et la gravité de la maladie sont diminués. Il y a parfois une hypothermie persistante, de telle sorte que l'on a une pyrexie apyrétique.

(A suivre.)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

SUITE (1)

La séméiologie des tremblements.

M. Lucien Lamacq. — Les tremblements sont habituellement classés de la manière suivante : 1° tremblements au repos (type de la paralysie agitante); 2° tremblements dans les mouvements volontaires (type de la sclérose en plaques), et on les différencie : 3° des contractions anormales au repos (chorées); 4° des contractions anormales dans les mouvements (ataxie). On a encore divisé les tremblements, selon le nombre de leurs vibrations, en : 1° tremblements lents, 3 à 5 oscillations par seconde (paralysie agitante, tremblement sénile, etc.); 2° tremblements moyens, 6 à 7 oscillations (sclérose en plaques); 3° tremblements rapides, dits vibratoires, 8 à 9 oscillations (goitre exophtalmique, paralysie générale).

Le tremblement des mains a été très étudié. Il faut d'abord savoir si, à l'état normal, les mains tremblent. D'après Pitres, dans 40 % des cas, les mains tremblent chez des sujets normaux, le nombre des tremblements étant le même chez les femmes que chez les hommes. Ce tremblement ne diffère pas du tremblement émotionnel; il est de petite amplitude, à oscillations rapides, et se rapproche du tremblement dans le goitre exophtalmique. Cette même forme de tremblement vibratoire a été recherchée par M. Pitres dans l'hystérie, où elle existe dans 14,6 % des cas environ, dans la neurasthénie (85 trembleurs sur 100), dans l'épilepsie (20 %). On trouve 25 trembleurs sur 100 vésaniques.

La langue peut trembler. Sur 791 sujets normaux

(1) Voir le numéro précédent.

examinés par Pitres, la langue seule tremblait dans 6,45 % des cas; les mains et la langue dans 26,16 %.

Le tremblement des paupières est souvent occasionné par des troubles de la réfraction, surtout chez les myopes; il est aussi fréquent à l'état normal que dans les diverses affections.

Chez un même malade, des mouvements choréiformes peuvent coïncider avec des tremblements rythmés. Dans la maladie de Friedreich, il y a fréquemment association de mouvements choréiformes et du tremblement intentionnel. Dans l'intoxication hydrargyrique, le tremblement vibratoire se transforme en tremblement comparable à celui de la chorée de Sydenham.

Entre le tremblement au repos et le tremblement dans les mouvements volontaires, il y a des formes de transition. Il en est ainsi du tremblement mercuriel qui, se produisant au repos, prend une forme spéciale dans les mouvements volontaires.

Parfois, le tremblement de la paralysie agitante ne se produit que sous l'influence d'efforts, de mouvements exigeant de l'attention, ou bien, au repos, il n'existe que dans une des mains. Dans des cas de ce genre, le tremblement Parkinsonien devient très difficile à distinguer du tremblement sénile. Il en est de même du tremblement héréditaire, et du reste, Charcot l'a dit : il ne paraît pas différer essentiellement du tremblement sénile.

Dans une même classe, il y a des formes de transition entre les divers tremblements.

Les tremblements vibratoires ne sauraient être différenciés d'une façon certaine les uns des autres, même par les procédés graphiques; ils sont, à peu de chose près, identiques dans le goitre exophtalmique, la neurasthénie, l'émotivité, certains cas d'alcoolisme, etc.

Un tremblement donné ne correspond pas d'une manière absolue à une lésion toujours identique, ni à la même affection. Il est probable, du reste, que certaines affections peuvent présenter un tremblement autre que celui qui leur est habituel. Enfin, le polymorphisme des tremblements doit faire songer qu'ils peuvent être parfois de nature purement fonctionnelle.

On peut admettre, avec Pitres, que certains tremblements chimiques, qu'on aurait jadis décrits sans hésitation comme des exemples de paralysie agitante, ou de tremblement sénile de cause psychique, doivent être rattachés au groupe des tremblements hystériques.

En résumé, la valeur séméiologique des tremblements est variable, parce que certaines formes sont encore mal définies et mal connues. Ils peuvent, dans beaucoup d'affections, n'être qu'une manifestation épisodique sans grande importance. D'autres fois, au contraire, ils constituent un symptôme de haute valeur quand leur présence est constante dans une affection.

— La trépidation épileptoïde a une valeur séméiologique très grande, parce que son aspect clinique est nettement défini, et que, de plus, elle correspond d'une façon presque absolument constante à la sclérose des cordons latéraux.

M. Bernheim a constaté que le tremblement hystérique était curable par la suggestion quand il ne date pas de trop longtemps. Il en est de même du tremblement de la chorée nerveuse, hystérique, qui est une chorée par imitation et auto-suggestion. Dans la chorée vraie, on ne peut que diminuer l'amplitude des mouvements choréiques, en enlevant l'élément névropathique surajouté. De même, lorsque la chorée se prolonge trop, la suggestion peut utilement intervenir; l'évolution de la maladie infectieuse est alors finie, et on n'a plus affaire qu'à un tremblement par auto-suggestion.

La suggestion agit encore sur certains cas de paramyoclomie multiple.

Le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques peut disparaître, et il en est souvent de même des tremblements post-hémiplégiques. Pour MM. P. Parisot et Meyer, tout le monde tremble plus ou moins à l'état physiologique.

Chez les alcooliques ordinaires, le tremblement est alcoolique, vibratoire, vertical, régulièrement rythmé; quelquefois, d'après M. Garnier, il se produit des décharges ataxiques. Elles se voient chez les intoxiqués par les liqueurs convulsivantes.

D'après M. Farant, dans les mélancolies d'origine infectieuse, on observe un tremblement de la langue; sortie de la bouche, cette dernière se met en boule, est tremblotante comme de la gélatine. Ce tremblement manque dans les mélancolies héréditaires.

MM. Sabrazès et Cabannes ont étudié le nystagmus hystérique. Le nystagmus vibratoire ne ressemble nullement aux oscillations inégales et assez lentes se produisant surtout dans les positions extrêmes du regard, que l'on observe dans la sclérose en plaques. Il est accompagné d'un strabisme interne et est accessible à la suggestion.

M. Delmas a communiqué une observation de tremblement et spasme rytbmé avec stigmates hystériques ayant pour origine un traumatisme remontant à cinq années. *(A suivre.)*

Bismark médecin. — L'Université d'Iéna vient de conférer au prince de Bismark le diplôme honoraire de docteur médecin. Le diplôme est sur parchemin et le sceau de la Faculté est contenu dans une boîte d'argent, sur le dessus de laquelle se trouvent en relief les armes du prince, couronnées par Esculape et Minerve, avec la date du 16 juillet 1896.

REVUE DE LA PRESSE

Nous lisons dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'exposé d'un **nouveau procédé pour l'ablation des kystes hydatiques du foie.** Le professeur Bobroff a récemment eu l'occasion d'enlever un kyste du foie, des dimensions d'une tête d'adulte, et a procédé de la façon suivante : l'hydatide enlevée, la poche fut nettoyée avec de la gaze stérilisée ; on en excisa la partie la plus amincie sur une longueur de 12 centimètres et on injecta dans le reste de la poche 250 grammes de solution physiologique de sel marin. On mit ensuite deux rangées de suture sur les bords inverses de l'orifice de la poche et, après avoir remis le foie dans la cavité abdominale, on sutura complètement la plaie abdominale. Il n'y eut qu'une légère ascension thermique vers la fin du second jour, ensuite la température revint à la normale et la réunion se fit par première intention. Quinze jours après, la malade put quitter le lit et, au bout d'un mois (à partir de l'opération), elle quitta l'hôpital, complètement rétablie.

La rapidité de la guérison était donc vraiment remarquable. En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité absolue d'injecter, dans la poche, un liquide indifférent, car il empêche la pénétration des liquides des tissus environnants dans la poche ; le liquide injecté se résorbe peu à peu et la plaie se cicatrise.

— A la Société de Médecine de Berlin un cas de **cancer de l'estomac, diagnostiqué seulement par les rayons X**, a été rapporté par M. Strauss. Dans ce cas où les symptômes cliniques, très complexes, pouvaient faire penser aussi bien à une tumeur de l'estomac qu'à une tumeur du médiastin, l'image de Röntgen montra dans la cavité thoracique, à gauche de la ligne médiane, une ombre nettement limitée, des dimensions d'un poing, et, dans l'abdomen, à côté de l'ombre hépatique, une autre tache à bords très nets. Cette dernière était très probablement donnée par le cancer de l'estomac, et la tache de la cavité thoracique par un noyau métastatique.

— Dans la *Semaine médicale* du 12 août 1896, le Dr Marinesco nous expose les travaux et la pratique du professeur Vanlair sur **la régénération des nerfs :**

« On sait qu'après la section d'un nerf il se produit, dans le bout central, des lésions dégénératives. Vanlair a constaté qu'elles remontaient jusqu'à 1 centimètre 1/2 au-dessus de la section. C'est également à ce niveau que l'on observe les premiers indices de la prolifération, par conséquent en un point plus élevé que nous le faisaient supposer les observations de Ranvier. Il résulterait de ces données que la régénération se produirait, non par une sorte de bourgeonnement, mais par un véritable « drageonnement », c'est-à-dire collatéral. Ces premiers indices de prolifération ne se manifestent tout d'abord que dans la couche périphérique ou marginale des faisceaux nerveux, tandis que les zones moyenne et axiale ne participent que tardivement et dans une mesure plus resteinte au travail de multiplication, à cause sans doute de leur éloignement du sinus souspérineural. Les fibres issues de la couche marginale ne tardent pas à pénétrer obliquement dans l'épaisseur même de la gaine lamelleuse. Les fibrilles nouvelles ne sont pas entourées d'une gaine de Schwann. Elles se montrent tantôt réunies en faisceaux minuscules. La plupart sont représentées par de simples cylindrages ; mais quelques-unes atteignent un certain volume et s'enveloppent d'un revêtement myélinique. A un moment donné, on les voit apparaître en dehors de la gaine lamelleuse. Vanlair admet, avec juste raison, que seules les fibrilles émanées de la couche marginale et quelques-unes des zones profondes sont destinées à entrer dans la constitution du nerf futur.

« Le professeur de Liège a vu sur ses préparations que même si le filament régénérateur ne parvient pas à rencontrer le bout périphérique du nerf, il se produit un phénomène des plus remarquables : une partie des fibres qui le composent subit une fasciculation systématique et l'on voit même, dans certains cas, se former des faisceaux rudimentaires que l'on peut poursuivre jusqu'à 5 et même 6 centimètres du bout central, c'est-à-dire que la formation embryonnaire tend spontanément à revêtir l'organisation du nerf parfait. Si, au contraire, le contact vient à s'établir entre le filament de nouvelle formation et le bout périphérique, les fibrilles nouvelles s'insinuent non dans la gaine de Schwann des fibres dégénérées, ainsi que le pensait Ranvier, mais dans les interstices prismatiques qui existent entre les gaines. A partir de ce moment, les fibrilles se propagent directement et parallèlement dans toute la longueur du segment périphérique, jusqu'à ces dernières ramifications musculaires et cutanées, en subissant une maturation progressive à mesure qu'elles s'éloignent du centre.

« Vanlair a remarqué qu'après plusieurs années seulement ces fibres de nouvelle formation atteignent leur volume normal et acquièrent ainsi définitivement les caractères histologiques des nerfs à l'état physiologique. En outre, ce processus de réparation est toujours physiologiquement imparfait : d'une part, en effet, chacune des fibres génératrices a donné naissance à une série de fibres nouvelles et,

d'autre part, la destination périphérique de ces dernières ne correspond plus exactement à celle des éléments primitifs.

« Tant au point de vue biologique qu'au point de vue chirurgical, il n'était pas sans intérêt d'établir la *chronométrie* de la régénération nerveuse. Vanlair a fait des recherches très curieuses à ce sujet. Il a constaté que le sciatique du chien, suturé après section ou résection, se reconstitue à raison de 1 millimètre par jour. Il a vu également que la durée de chacune des phases qui constituent le processus de régénération s'accomplit avec une régularité chronologique presque parfaite, au moins dans ce qu'il appelle la « régénération nerveuse idéale », désignant ainsi la régénérescence d'un nerf à long trajet direct dont la régénération n'est entravée par aucun obstacle accidentel. Ainsi, il s'est rendu compte que le temps moyen nécessaire à l'achèvement du premier stade (prolifération initiale et expansion du filament régénérateur) est d'environ quarante jours. Dans le système intercalaire, la progression des fibres se fait à raison de 2 centimètres 1/2 par vingt-quatre heures, lorsque les deux bouts du nerf ont été maintenus à une distance de 1 centimètre. Si la distance qui les sépare s'élève à 2 centimètres, la vitesse augmente dans une proportion très sensible. Lorsque, au contraire, l'écartement des bouts dépasse cette limite, la croissance moyenne des fibres se ralentit, et cela à peu près en raison directe de la longueur de l'intervalle.

« Toutes ces données chronométriques ont été obtenues à l'aide de procédés ingénieux qu'il serait trop long d'exposer ici.

« Il ressort, en outre, des recherches du neurologiste liégeois, qu'un nerf totalement divisé, puis intégralement reconstitué, peut, après une section nouvelle, se régénérer une seconde fois, et, chose curieuse, la deuxième réparation s'effectue plus rapidement que la première. Ce phénomène s'expliquerait par la persistance, dans le bout central, de fibres embryonnaires développées sous l'influence de la première section.

« Si l'on compare enfin les résultats des différentes sutures, on peut s'assurer que le virolage des nerfs, c'est-à-dire l'union des deux bouts par un drain de Neuber (tube d'os décalcifié), constitue le procédé le plus avantageux au point de vue de la rapidité de la reproduction, surtout quand les deux bouts central et périphérique sont très éloignés l'un de l'autre. C'est là une importante donnée que le chirurgien aurait tout avantage à utiliser.

« Dans une autre série de recherches offrant un intérêt biologique plus général, Vanlair s'est attaché à déterminer la part qui revient aux conditions mécaniques dans la croissance et la distribution des fibres régénérées. En ouvrant à ces dernières des voies normales, il est parvenu à démontrer, d'une façon manifeste, l'influence physique du milieu. C'est ainsi qu'en employant comme moyen de dérivation un tube de Neuber, inséré dans un muscle, il a réussi à faire végéter et progresser dans l'intérieur même de la masse musculaire, et cela sur une longueur de 5 centimètres, le prolongement du bout central. Grâce à ce moyen, il a vu également les fibres nerveuses nouvelles pénétrer dans les tubes de Havers d'un os décalcifié, lequel cependant ne peut fournir aux fibrilles de nouvelle formation aucun élément de nutrition, et ces manchons de fibrilles nerveuses plus ou moins compacts, se développer autour de la tunique adventice des vaisseaux.

« Les expériences de Vanlair prouvent que deux conditions président à l'effort régénérateur des nerfs : d'abord une force intrinsèque constamment prête à intervenir pour provoquer la prolifération du bout central, puis une influence mécanique qui dirige les fibrilles de nouvelle formation. Suivant le sens dans lequel s'exercera cette dernière, elle fera servir l'activité hyperplasique du bout central à l'accomplissement d'une œuvre utile de réparation, ou bien, au contraire, la frappera de stérilité. »

— Borchard (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1896), nous donne une étude sur les **hernies étranglées**, étude basée sur 100 cas.

Les hernies traitées par le taxis ont été au nombre de 11, 10 inguinales, 1 crurale, chez 9 hommes et 2 femmes; l'étranglement datait, dans ces cas, de cinq à cinquante heures; 10 ont guéri, l'un a succombé immédiatement après la narcose chloroformique, à laquelle la mort doit probablement être imputée, l'autopsie ayant montré chez lui, pour toute lésion, une dégénérescence du myocarde.

Les hernies étranglées traitées par la herniotomie sont au nombre de 69, dont 40 fois il s'agissait de hernies inguinales, 29 fois de hernies crurales. Dans 53 cas, la hernie occupait le côté droit, dans 16 cas le côté gauche.

La quantité de liquide herniaire a varié suivant les cas. D'une façon générale, le liquide était d'autant plus abondant que l'étranglement datait de plus longtemps. Il était ordinairement sanguinolent, dans quelques cas trouble. L'examen bactériologique, pratiqué dans quelques cas, a donné des résultats négatifs, ou montré la présence de microcoques et de gros bacilles courts.

Dans la moitié des cas, le sac renfermait de l'épiploon et de l'intestin, de l'épiploon seul dans 4 cas. L'intestin grêle fut trouvé 43 fois.

23 fois, la herniotomie a été complétée par la cure radicale qui, dans 9 cas, a compris l'extirpation du sac.

Sur les 68 opérés, 5 ont succombé : 1 au collapsus, 1 à la broncho-pneumonie, 1 à la péritonite par perforation, 1 à la péritonite purulente, après torsion et déchirure de l'anse intestinale, 1 à la péritonite simple.

Les hernies gangrénées sont au nombre de 20. Dans 7 cas, on avait établi l'anus contre nature, soit à l'époque où on ne connaissait pas la résection intestinale, soit après indication opératoire bien établie; sur les 7 opérés, on a eu 5 morts et 1 guérison. L'étranglement datait, dans ces cas, de trois à douze jours; l'âge des malades était compris entre dix-neuf et soixante-treize ans.

La résection primitive de l'intestin a été faite dans les mêmes conditions et a donné 7 guérisons et 4 morts, c'est-à-dire une mortalité considérablement inférieure à celle de l'anus contre nature.

(*Gazette hebdomadaire.*)

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Le Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Saumur contre B...

JUGEMENT

Attendu qu'il résulte des débats que B..., demeurant à Varennes-sous-Montsoreau, se livre habituellement à l'exercice illégal de la médecine, qu'il reçoit chez lui de nombreuses personnes qui viennent le consulter, et que, pendant longtemps même, il donnait ses consultations à Saumur, les jours de marché, dans l'auberge tenue par un sieur S... ;

Attendu notamment que, dans le cours de l'année 1896, il a donné des soins et fourni des remèdes à la femme B..., qui était atteinte et morte d'un cancer à la matrice; que le sieur B..., mari de la défunte, entendu comme témoin, dit que chaque bouteille de médicament était payée 3 francs, et qu'il a payé ainsi 21 francs à B. , ;

Attendu que, dans le cours de l'année 1895, la femme E..., est allée le consulter pour une bronchite, sur le conseil d'une femme A... qui disait s'être bien trouvée de ses remèdes; qu'elle le vit trois ou quatre fois, et qu'à chaque fois il lui remit deux fioles de médicaments, l'une pour l'usage externe et l'autre pour prendre en potion, qu'elle payait ses fioles 4 à 5 francs;

Attendu enfin que, dans le mois de février, la femme C..., qui était atteinte de fièvre typhoïde et qui en est morte, est allée le consulter et qu'elle a reçu de lui une bouteille, dont il lui a indiqué la valeur comme étant de 5 francs, sans pourtant exiger au moment même le paiement;

Attendu que, ne pouvant nier la matérialité des faits, B... soutient qu'il ne tombe pas sous l'application de la loi, parce que le médicament qu'il fournit est un composé d'eau ferrée, d'infusion de verveine et de graine de foin, ce qui est absolument inoffensif ;

Mais attendu que, quelle que soit la composition du médicament, du moment que B.... le prône comme une panacée universelle et le vend aussi bien pour traiter le cancer que la bronchite et la fièvre typhoïde, il viole, dans son esprit comme dans son texte, la loi du 30 novembre 1892, et il tombe sous l'application des articles 16 et 18 de cette loi.

Par ces motifs,

Statuant sur les conclusions du ministère public, condamne B... à 5 francs d'amende ;

Statuant sur les conclusions de la partie civile, attendu que les faits ci-dessus sont de nature à porter préjudice au Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Saumur, le condamne à payer audit Syndicat la somme de 50 francs à titre de dommages intérêts.

***

Voilà bien du monde déplacé, bien des paroles prononcées pour établir un jugement qui condamne B... à 55 francs d'amende!

Or, qu'a fait B .. ? Oh rien ! il a disposé de la vie de ses semblables sans avoir été reconnu avoir les qualités nécessaires pour cela; il a ordonné des médicaments qui étaient peut être inoffensifs, mais qui auraient pu être dangereux, et la loi, la sauvegarde des citoyens, le condamne à 5 francs !

Il n'a qu'à recommencer demain, au prix que cela lui coûte, il aura du bénéfice.

MORT DU Dr ÉDOUARD NICAISE, DE PARIS

M. le Dr Nicaise (Édouard) vient de succomber à une congestion pulmonaire aiguë.

Ce chirurgien est né le 10 mai 1838, à Port-à-Binson, village de la Marne. Il commença ses études médicales à Reims et fut nommé externe de l'hôpital de cette ville au Concours de 1859. L'année suivante, il vint à Paris; il fut reçu externe au Concours de 1860, interne au Concours de 1862 et docteur en 1866 (*Des lésions de l'intestin dans les hernies*).

Peu après sa réception au doctorat, M. Nicaise, alors interne des hôpitaux de Paris, prodigua, pendant six semaines, ses soins aux cholériques d'Amiens. A peine de retour, en septembre, il repartit pour la Nièvre, où il soigna de nouveau les gens atteints du même fléau.

Pendant la guerre de 1870-71, M. Nicaise fut chirurgien des ambulances de la Presse.

M. Nicaise concourut une première fois, en 1869, à l'agrégation de chirurgie (*Diagnostic des maladies de la hanche*), et la seconde fois, avec succès, en 1872, sa très intéressante thèse avait pour titre : *Des plaies et de la ligature des veines*.

Nommé chirurgien du Bureau central en 1874, après avoir été quatre ans prosecteur à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, M. Nicaise a été successivement attaché comme chirurgien à l'hospice des Incurables (1876), à la maison de retraite des Ménages (1877), à Bicêtre (1878), à Lourcine (1879), enfin à l'hôpital Laënnec, où il est resté jusqu'à ce jour. Il représenta ses collègues au Conseil de surveillance de l'Assistance, de 1879 à 1887.

Atteint depuis longtemps des organes respiratoires, M. Nicaise avait dû se retirer presque complètement de la vie active, et il se maintenait dans un état de santé relatif, grâce à des séjours, pendant la saison rigoureuse, sur le littoral méditerranéen.

Mais il n'avait pas abandonné le travail dans les conditions qui lui étaient imposées par la maladie, et il se consacrait, avec un véritable succès, à des recherches historiques sur l'ancienne chirurgie : c'est ainsi qu'il a successivement publié ses remarquables études sur *les Origines de la Chirurgie française, la Chirurgie au moyen âge* ; une édition de Guy de Chauliac ; et tout récemment, sous le titre : *Chirurgie de Maître Henri de Mondeville*, la traduction, avec commentaires, du plus ancien traité de chirurgie français, qui lui ouvrirent, il y a trois ans, les portes de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 aout 1896

Un trop long intervalle n'aura pas séparé la découverte du microbe de la peste à bubons de la découverte d'un sérum contre cette terrible affection. M. H. Monod vient communiquer, en effet, à l'Académie, la première expérience faite dans ce sens par M. Yersin, qui a trouvé, on s'en souvient, en même temps que Kitasato, le microbe de la peste.

M. Yersin a injecté à un Chinois, qui semblait n'avoir plus même vingt-quatre heures à vivre, le sérum qu'il a préparé. Il fit trois injections. Quelques heures après la première, l'état général s'améliora ; dès le lendemain, le bubon diminuait et n'était plus douloureux ; en quelques jours, la guérison était complète.

M. Brouardel apporte une confirmation à ce fait remarquable, en communiquant la nouvelle reçue par télégramme, que M. Yersin a traité déjà 27 cas de peste, sur lesquels 25 malades ont guéri. Or, on sait que la mortalité de la peste est de 95 %. Le résultat serait donc des plus favorables. M. Brouardel promet de communiquer à l'Académie les détails qu'apportera certainement le prochain courrier de Chine.

— M. Berger présente ensuite un rapport sur un travail de M. Kirmisson, ayant trait à un cas de *spina bifida* (myélo cystocèle).

Il s'agit d'un enfant atteint de spina-bifida lombaire, constitué par une tumeur, dont le pédicule s'enfonce dans la direction du canal rachidien, sans qu'on puisse trouver, avec le stylet, de communication avec ce canal.

L'examen histologique a montré :

1° Une poche dont la paroi interne lisse est revêtue par un épithélium qui se montre, suivant les points, pavimenteux ou cylindrique ;

2° Un pédicule contenant trois petits diverticules de la poche centrale, une masse présentant l'aspect de la structure d'une moelle d'enfant et entourée d'un grand nombre de filets nerveux.

Les caractères de l'épithélium des diverticules et le trajet du canal dans le pédicule démontrent que la cavité centrale du spina-bifida représente une expansion du canal épendymaire.

L'interprétation anatomique de cette tumeur est dificile Les spina-bifida auxquels participe la moelle se divisent en deux catégories : les myélocèles et les myéocystocèles.

Ce n'est pas ici le tableau des myélocèles ordinaires, qui sont lombaires, ombiliquées, et à la poche desquelles la moelle adhère à sa terminaison.

Ici, ce n'est point un renflement de la terminaison de la moelle, mais une portion des cordons postérieurs.

Il existe aussi des myélocèles où la moelle ne pénètre que par un segment de son étendue. Ce n'est pas un myélocèle de cette sorte, car la moelle y eût été libre, et l'épithélium de l'arachnoïde tapisse la cavité de ces variétés de myélocèle; or, dans la tumeur de M. Kirmisson, l'épithélium a l'apparence épendymaire.

Cependant la tumeur diffère aussi des myélocystocèles qui siègent en dehors de la ligne médiane, s'accompagnent de déformations vertébrales (malformations complexes, division des publis, exstrophie de la vessie, épispadias). (Recklinghausen.)

Malgré cela, le fait que le kyste communiquait avec la cavité médullaire et était tapissé par le même épithélium épendymaire, doit nous faire admettre que la tumeur était un myélocystocèle.

Ici, toutes les suppositions avaient plaidé en faveur d'une méningocèle pure, et la nature de la tumeur n'a pu être reconnue qu'après un examen histologique. Il est donc impossible, cliniquement, de reconnaître la présence de la moelle dans une tumeur. D'ailleurs, le résultat opératoire prouve que les interventions sur la moelle n'offrent pas de danger immédiat. C'est ce que montre la statistique d'Hildebrand. Mais celle de Bayer prouve que ces interventions peuvent avoir des inconvénients graves, tardifs, tels que l'apparition d'une hydrocéphalie, d'une paralysie.

M. Kirmisson communique également un cas d'encéphalocèle qui se présentait, en apparence, avec les mêmes symptômes que la première tumeur. L'autopsie a montré que derrière la fontanelle postérieure il existait une bifidité de la faux du cerveau ; entre les deux branches de bifurcation existait un petit lobe cérébral communiquant par un canal avec la partie postérieure du ventricule latéral.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'un fait d'exstrophie de la corne d'Ammon.

Nous croyons plutôt que la tumeur est bien un petit lobe central supplémentaire ainsi qu'on en voit quelquefois. C'est une hypertrophie des vésicules cérébrales primitives, s'accompagnant secondairement d'une absence de réunion des lames crâniennes.

— M. Maurel (de Toulouse) communique les résultats de ces expériences sur les *hyperleucocytoses post-phlébotomiques et post-révulsives*.

En voici les conclusions :

1° Dès le lendemain de la saignée, il y a une hyperleucocytose réelle et cette hyperleucocytose se prolonge pendant plusieurs jours ;

2° Il se pourrait que dans les affections microbiennes, cette augmentation des leucocytes rendît quelques services.

Relativement aux révulsifs (cautérisation ponctuée, moutarde, cantharides et ammoniaque) :

1° Dans les quelques heures qui suivent leur application, il y a une hyperleucocytose, mais elle n'est qu'apparente. Ce sont seulement des leucocytes, qui au lieu de ramper le long de la paroi des vaisseaux, sont entraînés dans la partie circulante du sang.

2° Mais, vers le quatrième jour, leur application est suivie d'une hyperleucocytose vraie et réelle, et celle ci est constituée par des leucocytes de nouvelle formation.

3° Il est possible que cette augmentation des leucocytes soit utile à l'organisme dans les affections microbiennes.

4° Ainsi serait peut-être justifiée l'usage séculaire, dans quelques-unes de ces affections, de la médication révulsive.

Deuxième Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique

La date d'ouverture du deuxième Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique est définitivement fixée au lundi 31 août et celle de la clôture au samedi 5 septembre 1896.

Les séances du Congrès auront lieu dans la grande salle de l'Aula de l'Université : la séance générale, celle du 1er septembre, au matin, sera honorée de la présence de M. le président de la Confédération suisse et de celle de M. le chef du département de l'Instruction publique du canton de Genève, qui ont bien voulu accepter la présidence d'honneur et inaugurer notre Congrès par des discours d'ouverture.

Les séances du matin auront lieu de 9 heures à midi ; celles de l'après-midi de 3 à 6 heures. Les premières seront consacrées à la discussion des questions à l'ordre du jour, les secondes aux communications diverses.

Afin de rendre plus intéressantes les discussions concernant les questions à l'ordre du jour, le comité d'organisation fera son possible pour faire publier et distribuer aux membres du Congrès, un résumé, ou les conclusions des travaux des rapporteurs.

Si le besoin s'en fait sentir, il sera constitué deux sections fonctionnant simultanément, l'une pour la gynécologie, l'autre pour l'obstétrique.

Une exposition internationale d'instruments de chirurgie, se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique, sera ouverte dans les locaux du Congrès ; tous les objets destinés à cette exposition doivent être arrivés avant le 10 août, à Genève, et adressés à l'Université, rue de Candolle, Genève.

Le montant des souscriptions (la cotisation des membres participants est de 30 francs), peut être envoyé dès aujourd'hui par mandat postal, à M. Boucart, 4, rue Tour-de-l'Ile (Genève), trésorier du Comité ; celui-ci se chargera de faire parvenir, en échange, leurs cartes aux membres du Congrès. Nous faisons remarquer aux congressistes que ce n'est que sur la présentation de ces cartes que les compagnies de chemins de fer, qui se sont engagées à faire des réductions, délivreront des billets à prix réduits. Pour ce qui concerne les facilités accordées par les compagnies de chemins de fer, chaque membre du Congrès devra s'adresser au secrétaire de son pays respectif.

Les membres du Congrès arrivant à Genève sans s'être inscrits, pourront encore retirer leur carte de membre dès le matin du dimanche 30 août, dans les bureaux du trésorier de l'Université.

Notre comité d'organisation a décidé de délivrer des cartes de dames au prix de 10 francs, donnant droit aux réceptions et festivités du Congrès.

PROGRAMME

Lundi 31 août. 3 heures après-midi. Réunion du comité permanent international et des membres fondateurs des Congrès périodiques de gynécologie et d'obstétrique dans la grande salle de l'Aula de l'Université, rue de Candolle.

9 heures du soir. Réception au palais Eynard, offerte à MM. les membres du Congrès par le Conseil d'État et par le Conseil administratif de la ville de Genève.

Mardi 1er septembre. 9 heures du matin. Séance générale d'ouverture.

Ouverture du Congrès par M. le professeur Auguste Reverdin, président du comité d'organisation.

Discours de M. Lachenal, président de la Confédération suisse.

Discours de M. Richard, chef du département de l'Instruction publique du canton de Genève.

Discours des délégués officiels.

Discours du secrétaire général Dr Bétrix.

Ouverture de la session.

Nomination du bureau définitif de la session.

Discours scientifique de M. X....

3 heures après midi. Discussion de la première question à l'ordre du jour : Traitement des suppurations pelviennes.

Rapporteurs : MM. les professeurs Sanger, Kelly, Bouilly.

Orateurs inscrits (1) : MM. Martin, Richelot, Lawson Tait, Doyen, Delagenière, Laroyenne, Jacobs, Delettrez, Henrotin, Hartmann, Rouffart, Tournay, Henrotay, Desguins, Guilloud, Caromilas.

Mercredi 2 septembre. 9 heures du matin. Discussion des deuxième et troisième questions à l'ordre du jour : Traitement chirurgical des rétro-déviations utérines.

Rapporteurs : MM. Küstner, Polk, Pozzi.

Orateurs inscrits : MM. Martin, Bouilly, Lawson Tait, Doyen, Jacobs, Edebohls (New-York), Gill Wylie, Delettrez, Stapfer, Paul Petit.

Meilleur mode de fermeture de l'abdomen.

Rapporteurs : MM. Granville, Bantock, La Torre.

Orateurs inscrits : MM. Martin, Lawson Tait, Richelot, Laroyenne, Doyen, Jacobs, Edebohls, Gill Wylie, Henry Byford (Chicago), Delettrez.

3 heures après-midi. Communications diverses.

Jeudi 3 septembre. La journée du jeudi tout entière est consacrée à une promenade sur le lac, avec dîner à Vevey et excursion à Montreux-Chillon.

Une carte de fête spéciale indiquera les détails de cette journée.

Vendredi 4 septembre. 9 heures du matin. Séance du Congrès. Discussion de la quatrième question à l'ordre du jour : Fréquence relative et formes les plus communes du rétrécissement du bassin suivant les différents pays, groupes de pays ou contrées.

Rapporteurs : MM. Fancourt Barnes, Dohrn, Fochier, Kufferath, Lusk, Rein, Pawlick, Pestalozza, Treub.

Orateur inscrit : M. Berry Hart.

3 heures après midi. Communications diverses.

Samedi 5 septembre. 9 heures du matin. Discussion de la cinquième question à l'ordre du jour : Traitement de l'éclampsie.

Rapporteurs : MM. Charles, Charpentier, Halbertsma, Veit, Mangiagalli, Parvin, Byers.

Orateurs inscrits : MM. Tarnier, Madden, Lindfors, Godson.

3 heures après-midi. Communications diverses.

5 heures du soir. Séance de clôture.

8 heures du soir. Banquet final par souscription, au foyer du Grand-Théâtre.

Dimanche 6 septembre. Excursions diverses, régates internationales, feux d'artifices et embrasement général de la rade.

La carte de membre du Congrès donne droit à la réception au palais Eynard, offerte par le conseil d'État et la ville de Genève, à la promenade sur le lac du jeudi, et donne libre accès à l'Exposition du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au président du comité d'organisation, professeur Auguste Reverdin, rue du Général-Dufour, ou aux secrétaires nationaux. Pour la gynécologie : Dr A. Bétrix, rue du Rhône, 33. Pour l'obstétrique : Dr Cordès, rue Bellot, 12.

ÉCHOS & NOUVELLES

Congrès français de médecine. — Le prochain Congrès français de médecine se tiendra à Montpellier, en 1898, sous la présidence de M. Bernheim.

Les questions suivantes ont été choisies pour être l'objet d'un rapport :

1° Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire;

2° Les associations microbiennes et les infections mixtes;

3° De l'utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne.

Faculté de médecine de Lille. — La chaire d'hygiène est déclarée vacante.

Prix proposés par la Société médico-psychologique pour l'année 1897 :

Prix Aubanel (2,000 francs). — Question : *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Prix Belhomme (600 francs). — Question : *Du langage chez les idiots.*

Prix Esquirol (200 fr. et les œuvres d'Esquirol). — Au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau de Tours (200 fr.). — Au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en France, pendant les années 1895 et 1896, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Programme des travaux de la Section de Chirurgie du douzième Congrès International de Médecine de Moscou :

1° Méthodes de traitement des plaies infectées, par M. le Dr E. Braatz (Kônigsberg i Pr.).

2° Méthodes de traitement sans opération des tumeurs malignes et, en particulier, résultats de la sérothérapie.

3° Chirurgie cérébrale dans les cas de tumeurs et d'épilepsie de Jackson; résultats de l'emploi des procédés opératoires, par M. le professeur E. v. Bergmann (Berlin).

4° Chirurgie des poumons, principalement dans la formation des cavernes tuberculeuses et dans la gangrène des poumons, par M. le professeur Th. Tuffier (Paris).

5° Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, du pylore et du rectum. Résultats des divers modes d'action, par M. le professeur Czerny (Heidelberg).

6° Affections blennorrhagiques et syphilitiques des articulations, par M. le professeur L. Ollier (Lyon).

7° Principes de la construction de protheses des extrémités inférieures (dans les affections des articulations, les paralysies, les luxations congénitales de la hanche et après l'amputation), par M. le professeur Dollinger (Budapest).

Nécrologie. — MM. les Drs Victor Maurice, décédé à Onville (Meurthe-et-Moselle), dans sa quarante-quatrième année. Exerçant la médecine dans son pays natal, notre regretté confrère y avait été nommé maire, puis suppléant du juge de paix et officier d'Académie; et Mortines (d'Alger).

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 34. L'UNION MÉDICALE 22 Aout 1896.

SOMMAIRE

LE RÉGIME ALIMENTAIRE

dans les maladies du cœur et des vaisseaux

Le malade atteint d'une affection cardiaque doit avoir un régime substantiel, afin d'entretenir la nutrition en général et particulièrement celle des muscles dans le meilleur état possible; ce régime doit être simplement suffisant, l'obésité étant toujours une complication grave des cardiopathies chroniques D'autre part, il faudra apporter un certain soin au choix des aliments, ceux qui sont peu digestifs pouvant déterminer plus ou moins vite des troubles dyspeptiques capables de retentir sur le cœur.

On permettra les viandes blanches ou rouges, rôties, grillées, etc. Le gibier, comme toutes les viandes faisandées, est à rejeter. En effet, il introduit dans l'économie des ptomoïves qui ne peuvent être que nuisibles. Certaines dyspnées sont même d'origine toxique. Les meilleurs poissons sont ceux à chair blanche : la sole, lo merlan, la truite, qui sont très facilement digérés. Les œufs, préparés de toute façon, rentreront dans l'alimentation habituelle. Parmi les légumes, on fera surtout usage des pommes de terre et des légumes verts; les farineux ne devront être servis que très cuits et mis en purée. Enfin, les fromages frais, les fromages secs, les pâtisseries, les fruits cuits permettront de varier le dessert. Pour les vingt-quatre heures, 200 à 250 grammes de pain suffiront. Le malade ne devra user qu'avec réserve du beurre, des graisses, des huiles. Il lui faudra réduire la quantité d'alcool au minimum, jamais de ces boissons dites si faussement apéritives. A peine une très petite dose de bonne eau-de-vie, de curaçao, de liqueur digestive quelconque pourra-t-elle être tolérée après le repas. La meilleure boisson est le vin blanc ou rouge, coupé d'eau ordinaire ou d'eau de Vals Saint-Jean, d'Évian, etc. Pas de champagne. Le mieux est de s'abstenir de thé et de café. La quantité de boisson devra être réduite, en cas d'obésité, à un litre par jour à peu près, y compris le potage; la quantité de pain sera diminuée et on rejettera de l'alimentation les pâtisseries, les sucres, les féculents.

Le principal repas sera toujours celui de midi; le matin on prendra du lait, du chocolat, du pain grillé; le soir, moins on mangera, mieux cela vaudra, le sommeil n'en sera que plus facile.

La réduction des boissons fait partie de la cure des maladies du cœur préconisée par Œrtel. D'après Guttmann, médecin de l'hôpital Moabit, à Berlin, les œdèmes d'origine cardiaque pourraient même disparaître par une simple réduction de l'alimentation, aussi bien que par le régime lacté. Il y aurait, dans les deux cas, diminution du travail du cœur, d'où diurèse plus abondante. Pour revenir à la réduction des boissons, on peut dire avec le professeur Potain, que ce qui est important, c'est que le cardiaque ne boive pas trop; en effet, la digestion devient alors plus difficile, d'où retentissement fâcheux sur le cœur. Cependant, on trouvera dans le livre d'Œrtel des observations de malades chez lesquels la réduction des boissons a produit les plus heureux effets. Un homme, âgé de cinquante ans, présentant une insuffisance aortique et un anévrysme de la crosse de l'aorte, prenait chaque jour de 1,400 à 1,600 grammes de liquide et rendait de 200 à 270 grammes d'urine du moins; en même temps, essoufflement, palpitations, etc. La quantité des boissons est réduite à 750 grammes. Immédiatement le chiffre des urines s'élève et dépasse celui des boissons de 250 à 400 grammes par jour; essoufflement et palpitations disparaissent. Dans plusieurs des observations on voit, après la réduction des liquides, la quantité des urines devenue double de celle des boissons. Un malade, en trente jours rend 25 litres; un autre, en cinquante jours, 43 litres 1/2 de plus que les boissons, toutes choses étant égales d'ailleurs. La réduction des liquides serait donc un diurétique puissant qui agit en déterminant la déplétion du système veineux et la diminution de travail du cœur. On obtiendra le maximum d'effet en recommandant au malade de boire plus souvent et moins à la fois, et de séparer par des intervalles l'ingestion des aliments et celle des boissons.

Dans le cœur gras des obèses, Œrtel insiste sur la nécessité d'un régime tonique dont la viande et le poisson font la base; il rejette les aliments gras.

Aux périodes avancées des maladies valvulaires, la dyspepsie devient la règle, car il se produit des

lésions chroniques du côté de l'estomac et des intestins. D'après les recherches de Guttmann, il surviendrait une altération de l'épithélium intestinal qui compromettrait l'absorption des graisses; ces dernières passent alors en grande quantité dans le foie. Par contre, la résorption des albuminoïdes se ferait normalement ou à peu près.

Le régime lacté rigoureux est alors inutile. On ordonnera une alimentation substantielle, azotée, même quand il y a de l'albuminurie (Hayem), et on y joindra un litre à un litre et demi de lait.

II

Le pouvoir du lait contre les hydropisies est connu depuis longtemps: « Nous le tenons enfin, s'écriait Guy Patin en parlant de Mazarin, il est hydropique, il prend du lait et il ne guérit pas ». Mais, dans le chaos des œdèmes, il était bien difficile aux médecins d'alors de distinguer les indications du lait, et ce n'est, en réalité, que dans la seconde moitié de ce siècle qu'il devint possible de les poser nettement. Vinrent alors les travaux de Guinier, de Karrell, de Pecholier et, plus près de nous, ceux de Debove, Jaccoud, Potain et Huchard. Ce sont surtout ces deux derniers maîtres qui ont précisé le mode d'emploi du lait dans les cardiopathies. En 1880, au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, le professeur Potain prononçait les paroles suivantes: « Le régime lacté est particulièrement efficace dans les maladies secondaires du cœur, hypertrophie ou dilatations simples ayant une origine rénale ou gastrique. Ce traitement modifie, dans un cas, l'état du rein, dans l'autre, celui de l'estomac, en ce sens qu'il apporte à ces organes un repos plus complet; par suite, pour être véritablement efficace, il doit être absolu et plus ou moins prolongé. Il peut intervenir utilement dans le cas de simples palpitations reflexes, quand le point de la perturbation reflexe est gastrique. On peut utiliser son action diurétique dans les cas d'hydropisie surtout, et peut-être exclusivement, quand l'hydropisie est la conséquence d'un trouble rénal secondaire ou d'une phlogose intercurrente des séreuses. Enfin, le régime ne peut être efficace qu'à la condition d'être bien toléré... »

Notre maître, M. Huchard, a mis, de son côté, en pleine évidence, le rôle important du régime lacté dans les cardiopathies artérielles, et ses travaux sur ce point l'ont conduit aux déductions thérapeutiques les plus heureuses.

Le lait, dans les cardiopathies valvulaires, ne peut rien contre la lésion elle-même; il peut beaucoup contre certaines de ses manifestations. Si, à la période d'asystolie, tout l'organisme souffre, tous les organes sont atteints, à la période d'hyposyotolie, il n'en est pas de même, et alors, suivant les cas et pour des raisons qui parfois nous échappent, le malade est surtout (Huchard, Vernhes) un cardio-pulmonaire, un cardio-hépatique, un cardio-rénal.

La dyspnée, chez le cardio-pulmonaire, est d'abord une dyspnée mécanique, due à un trouble mécanique de la circulation (Huchard), avec congestion passive, avec œdème. Le lait n'a que peu d'effet contre cette dyspnée, qui indique surtout l'emploi de la digitale. Plus tard, la dyspnée dépend non seulement de l'état des poumons, mais de celui de tout l'organisme; les voies et les centres respiratoires fonctionnent mal, le sang est altéré, etc. C'est alors que le lait produira les plus sérieux effets en réduisant au minimum l'apport des toxines dans l'organisme, en activant l'élimination des déchets, etc.

Le régime lacté est des plus utiles chez les cardiohépatiques, aussi bien dans les premières périodes, lorsqu'il n'y a encore que de la congestion du foie, que plus tard, lorsque la cirrhose s'est développée.

Sous son influence, les troubles digestifs s'amendent et le volume de l'organe diminue. Du reste, la dyspepsie des cardiaques se trouve souvent fort bien du lait, mais il importe, dans ce cas, d'en préciser nettement les indications, car il y a des malades dont l'état est aggravé par son usage. La dyspepsie cardiopathique (Potain), c'est-à-dire celle qui dépend de la lésion cardiaque, peut exister isolément au début, prendre la forme gastralgique chez les cardioaortiques. Le lait donne dans ces deux cas de bons résultats, et, combiné au régime végétarien, au traitement des troubles du chimisme stomacal, il améliore beaucoup la situation. A la période asystolique, il y a mauvaise nutrition des parois de l'organe; il s'ensuit que la motricité est compromise, et que le lait peut produire de la dilatation (Bondot); ce dernier n'est cependant contre-indiqué que dans les cas d'ectasie très prononcée, d'autant plus que la dyspepsie asystolique, lorsqu'elle est négligée, accélère la terminaison fatale.

Lorsque l'on a affaire à une affection stomacale, retentissant sur le cœur par voie reflexe, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'une cardiopathie dyspeptique, la cure de lait est habituellement suivie d'une amélioration extrêmement rapide; on voit disparaître en quelques jours des insuffisances tricuspides, par dilatation du cœur droit, qui semblaient compromettre la vie du malade.

Le professeur Potain a montré qu'il peut suffire de quelques troubles gastriques pour aggraver beaucoup une cardiopathie, jusque-là à peu près latente; dans ces cas, le lait est encore indiqué, et en permettant aux fonctions gastriques de se rétablir, agit indirectement sur l'état du cœur.

Dans les cardiopathies d'origine hépatique, il y a peu à compter sur le régime lacté.

La néphrite cardiaque est une des complications les plus graves des cardiopathies ; c'est l'émonctoire principal qui se supprime dans un organisme déjà très atteint dans sa nutrition. Le régime lacté est indiqué dans toute sa rigueur, dès qu'apparaissent les phénomènes de congestion rénale. Il réduit au minimum la quantité des toxines introduites dans l'organisme et, par suite, laisse aux épithéliums du rein tout le temps de se réparer, s'ils sont déjà atteints dans leur nutrition, en diminuant dans la mesure du possible les causes d'irritation qui peuvent les frapper. On peut dire qu'il retarde l'apparition de l'urémie, qui emporte tant de cardiaques. Il faut noter que, quand les lésions ne sont pas trop avancées, l'albuminurie symptomatique disparait complètement.

A la période asystolique, le lait fait disparaître les œdèmes par la diurèse qu'il provoque. Il produit dans l'économie « une multitude de petites saignées séreuses » (Vernhes), en diminuant la quantité de sérum contenue dans le système veineux où rentre, alors, la sérosité épanchée en dehors. Mais, dans ces cas, le lait ne peut souvent produire tout son effet que si l'on a, avant de l'administrer, donné d'abord un purgatif, puis ensuite la digitaline, car il faut, avant tout, ainsi que le fait remarquer Debove, diminuer la compression que le liquide épanché exerce sur les vaisseaux absorbants de l'intestin. Chez les asystoliques, le régime lacté absolu ne doit pas être continué trop longtemps, et il faut rapidement permettre aux malades une assez grande quantité d'aliments azotés. Il sera très utile, pour ouvrir la voie à la digitale (Huchard), pour diminuer le plus possible les congestions hépatique et rénale, puis on prescrira rapidement le régime mixte dès que l'amélioration paraitra suffisante, même s'il reste encore une certaine proportion d'albumine dans l'urine. Il est indiqué, si le lait est bien toléré, de continuer à en prendre, une fois le régime mixte prescrit, un litre par jour environ. En agissant ainsi, on contribue, selon l'expression de Vernhes, à maintenir ouvert le dépurateur par excellence de l'organisme, et à maintenir fermée une des principales sources d'intoxication générale. *(A suivre.)*

Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1896, entre les internes titulaires ou provisoires pour l'attribution du prix biennal de 1,000 francs, fondé par feu le Dr Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique avant le 15 décembre 1896, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

LES CONGRÈS

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

TENU A NANCY DU 6 AU 10 AOUT 1896
Suite (1).

M. MAYET a étudié la pathogénie des **concrétions sanguines intra-vasculaires.** La cause principale, de beaucoup la plus importante, du maintien à l'état fluide du sang est l'action de la paroi vasculaire, action du reste non encore expliquée. Il est nécessaire que l'endothélium soit absolument normal pour que l'action anticoagulante soit absolue. Cependant, toute lésion de l'endothélium vasculaire ne détermine pas la coagulation, la rapidité de la circulation soustrayant le sang au contact du point altéré.

Chez le vivant, les éléments figurés prennent une part active à la coagulation quand la paroi est lésée. Hayem a exagéré l'influence des hématoblastes, mais, quoi qu'en ait dit Renaut, il est certain que le rôle des éléments figurés est important.

Le fibrinogène fournit la fibrine, probablement par son dédoublement, et existe en permanence dans le plasma. Il provient de la désintégration incessante des leucocytes vieillis ; les hématoblastes en fournissent aussi. Les globules blancs donnent le ferment de la fibrine ; ce ferment, du reste, existe dans une multitude d'organes et de tissus. Un des produits de dédoublement du fibrinogène s'unit à la chaux du plasma pour constituer la fibrine.

Le streptocoque et le staphylocoque, par leurs produits solubles, hâtent beaucoup la coagulation, et c'est une présomption pour croire qu'ils peuvent la mettre en train alors que le sang ne se coagulerait pas sans l'influence de cette cause. Les expériences de Vaquez ont aussi mis en évidence le rôle des produits solubles microbiens dans la production hâtive de la coagulation.

Les caillots formés dans le sang ont été divisés en différentes classes. Les caillots de battage, en général blancs, se forment dans un vaisseau dont la paroi est lésée localement, mais où la circulation n'est pas interrompue. Les caillots de stase, produits dans un vaisseau complètement oblitéré antérieurement à la coagulation, sont rouges ou d'un rouge noirâtre. Ils sont principalement formés de globules rouges et, accessoirement, de globules blancs réunis en amas ou disséminés. Les caillots mixtes sont formés au début par le mécanisme des caillots de bat-

(1) Voir le numéro précédent.

tage, et s'accroissent avec participation d'un grand nombre de globules blancs et emprisonnement des globules rouges dans les mailles de la fibrine à mesure qu'elle se forme. Ils se produisent dans des cas où le dépôt successif de ces couches diverses aboutit à l'oblitération complète, mais tardivement.

On peut, en résumé, classer les thromboses vasculaires de la façon suivante :

1° Coagulations causées exclusivement par des altérations vasculaires de cause extérieure aux vaisseaux ;

2° Coagulations causées exclusivement par des altérations vasculaires nées d'un processus pathologique interne local ;

3° Coagulations liées à l'hypoglobulie et aux altérations du sang qui l'accompagnent, avec intervention nécessaire d'une altération de la paroi ;

4° Coagulations infectieuses causées par les microbes et leurs produits solubles qui altèrent la paroi ou le sang.

Dans les thromboses par compression, il y a non seulement rétrécissement du calibre vasculaire, mais altération de l'endothélium due aux troubles de la circulation dans les vasa-vasorum. C'est ainsi qu'agissait la compression digitale prolongée, les tumeurs abdominales diverses, les cals vicieux, l'englobement des vaisseaux dans les néoplasmes, la ligature.

Les globules blancs sont attirés, pour ainsi dire, par la lésion de la paroi. Pour Hayem, ils ne participent pas à la formation du thrombus blanc, qui serait dû au traumatisme exercé par la légion vasculaire sur les hématoblastes, et à la désintégration de ces éléments amenant l'exsudation d'un fibrogène visqueux. Mais Zahn et Pitres ont mis en évidence le rôle prépondérant des leucocytes.

Les causes des coagulations, dépendant exclusivement et primitivement des altérations vasculaires, sont complexes et variées ; le ralentissement du cours du sang a aussi de l'importance. Dans les varices, il arrive un moment où l'endothélium se crevasse, en même temps que le ralentissement devient excessif dans des conduits dilatés et tortueux.

Dans les anévrysmes de l'aorte, malgré la destruction de la membrane interne et l'existence d'une paroi irrégulière, la rapidité et l'énergie du courant sanguin empêchent longtemps la coagulation : les caillots blancs ne se forment qu'au contact immédiat de la paroi.

Les caillots sont exceptionnels dans l'athérôme de l'aorte, à cause de la rapidité du courant sanguin.

Dans les artères périphériques, surtout dans les artères cérébrales, les sylviennes en première ligne, l'altération de la paroi est évidemment l'unique cause de la thrombose.

L'artérite subaiguë préside aux oblitérations totales ou partielles de l'aorte, fréquentes chez les chevaux.

La phlébite primitive, sans intervention de microbes, est une rareté ; on la rencontre dans le rhumatisme.

La thrombose chlorotique a été regardée comme étant due à une altération primitive du sang : le sang chlorotique renferme davantage d'hématoblastes, la densité de son plasma est abaissée, il est plus riche en producteurs de la fibrine. Malgré cela, le sang reste fluide jusqu'à l'intervention d'une cause efficiente, au moins dans l'immense majorité des cas.

La phlegmatia des scorbutiques est due exclusivement à la lésion du sang.

D'une façon générale, on peut dire que les thromboses appelées marastiques sont dues à l'intervention des microorganismes. Chez les cancéreux, il y a des altérations du sang et il est possible que les principes toxiques provenant des tumeurs jouent un rôle dans la production de cette altération.

L'infection est la cause évidente de la majorité des cas de phlegmatia alba dolens. En général, les microbes n'agissent qu'après une lésion de la paroi ; rarement, il y a d'abord coagulation du sang, puis, ensuite, altération du vaisseau.

On connaît les thromboses infectieuses de la fièvre puerpérale, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, du rhumatisme blennorrhagique, de la tuberculose. Tantôt c'est le microbe, cause de la maladie, qui agit ; tantôt il y a infection secondaire, qui est le plus généralement le cas dans la thrombose des cancéreux, par exemple. Ce sont les microbes pyogènes qui sont les agents les plus actifs des coagulations.

M. H. Vaquez a, de son côté, traité la question des coagulations intra-vasculaires, avec toute la compétence désirable.

Il est bien établi, actuellement, que le ralentissement du sang, à lui seul, ne suffit pas pour provoquer la coagulation, même si l'on opère en milieu septique. Les faits cliniques et anatomiques montrent, du reste, combien le ralentissement du courant sanguin est difficile à invoquer dans la pathogénie des coagulations intra-vasculaires.

Fréquemment, les anévrysmes, les diverticules veineux, les grosses dilatatations artérielles sont vides de thrombus. Le ralentissement du cours du sang a cependant de l'importance ; il a un rôle favorisant, comme le prouve le traitement des anévrysmes par la compression.

L'injection de certaines substances favorise la coagulation du sang, tandis que d'autres la retardent

pour un temps plus ou moins long. Il résulte de ces données, que les variations de la faculté coagulatrice du sang sont réelles et peuvent jouer un rôle plus ou moins important dans la formation des thromboses intra-vasculaires. Quelles sont les parties du sang capables, sous certaines influences, de fournir des ferments de coagulation? Hayem a pensé jadis que le rôle principal appartenait aux substances coagulatrices contenues dans les globules rouges. Pour d'autres auteurs, dont l'opinion paraît fortement motivée, les nucléines, que l'on a dit exister dans les globules rouges, se trouveraient principalement dans les leucocytes et dans les plaquettes qui en dérivent. Les changements dans la quantité des sels terreux contenus dans le sang peuvent encore en modifier la coagubilité.

Les thromboses vasculaires qui se produisent dans certaines intoxications paraissent directement causées par l'altération du liquide. Dans un cas récent d'empoisonnement par l'acide pyrogallique, Brault a trouvé un coagula avec poussière pigmentaire donnant la réaction ferrugineuse dans les capillaires et les grosses veines du rein.

L'influence quasi-mystérieuse de la membrane interne sur le sang circulant a, depuis longtemps, frappé les observateurs. L'action de la paroi peut être interprétée de diverses façons. On a dit que la membrane n'agissait que par ses propriétés physiques; c'est là une erreur, car la disparition de la surface la plus superficielle de la membrane interne des vaisseaux n'est pas fatalement suivie de coagulation et, d'autre part, cette dernière, bien que retardée, se produit même quand on remplace la paroi interne des vaisseaux sains par une substance physiquement analogue.

En fait, il n'y a pas toujours formation d'un caillot après une altération de la membrane interne des vaisseaux, mais, cependant, ce caillot se produit fréquemment.

La coagulation née dans ces conditions suit la fortune de la lésion vasculaire, et il n'y a de coagulation persistante que quand il y a une altération persistante de la paroi.

Presque toujours, la cause de la thrombose est une endovascularite d'origine infectieuse. De plus, l'infection détermine des modifications cliniques du milieu sanguin. On peut ne pas rencontrer de microbes pathogènes au niveau de la coagulation, ce qui ne doit pas empêcher d'admettre son origine infectieuse; du reste, les toxines peuvent avoir la même action que les microbes.

Les coagulations sanguines intracapillaires sont rares, d'ordinaire multiples et, par conséquent, peu compatibles avec une longue survie. Les coagulations des petits vaisseaux artériels et veineux sont mieux connues, surtout celles qui se produisent au cours de la tuberculose et de la syphilis. L'histoire anatomo-pathologique de la syphilis repose toute entière sur la connaissance de ses lésions vasculaires; la principale est la production de thrombus fibrineux.

L'organisation du thrombus, son mode d'apparition ont surtout été étudiés dans les gros vaisseaux.

Les recherches de Jolm, de Zalm, de Pitres, etc., ont prouvé que le rôle des leucocytes était des plus importants dans le phénomène de la coagulation intravasculaire. Dans le thrombus, au début, on trouve une accumulation de leucocytes, une gangue fibrineuse et, en des points nodaux, des granulations; il y a peu de globules rouges, mais leur nombre ira en augmentant. Les globules rouges n'ont que peu d'importance pathogénique, mais il n'en est pas de même de la fibrine. Les granulations spéciales qui apparaissent dès le début de la précipitation de la fibrine autour d'elles existent dans le sang; ce sont les globulines de Donné. Elles augmentent de nombre dès les premiers phénomènes de la coagulation.

Pour Hayem, de ces granulations dériveraient les globules rouges; pour Vlassow, au contraire, elles proviendraient de ces derniers. Malassez, de son côté, a montré qu'elles ont de grandes analogies avec les leucocytes du sang et présentent nombre de réactions communes avec ces derniers.

Les granulations ont un pouvoir spécial pour coaguler la fibrine; elles l'empruntent à la substance nucléaire ou plutôt protoplasmique dont elles proviennent.

Lorsqu'une coagulation a apparu dans un vaisseau, si la lésion vasculaire persiste, le thrombus augmente progressivement; le courant sanguin se ralentit et l'oblitération apparait après un plus ou moins long temps. En même temps, l'étendue du thrombus, en longueur, augmente considérablement, le sang immobilisé se prenant en masse au contact de la coagulation primitive. Dans les artères, la thrombose s'étend en avant jusqu'à la première collatérale; dans les veines souvent elle remonte jusqu'au confluent de deux veines importantes et se termine par une extrémité effilée. L'adhérence à la paroi est d'abord très faible.

Le caillot oblitérant peut persister indéfiniment dans les vaisseaux, ou bien se fragmenter en partie, de telle sorte qu'il se forme une embolie. La résorption complète est impossible.

Dans la grande majorité des cas, le caillot subit des transformations que l'on peut diviser en trois périodes.

Première période. — L'endovascularite entraine la prolifération de l'épithélium, qui forme deux ou

trois couches; il se produit ensuite des bourgeons endartéritiques qui pénètrent dans le caillot. Les vasa-vasorum de la tunique externe se dilatent et pénètrent dans la tunique moyenne, entraînant des manchons de leucocytes. Ces derniers finissent par gagner la tunique interne et s'accumuler à la périphérie du caillot en amas. Puis ils commencent à absorber les produits de la désorganisation des thromboses. En même temps apparaissent des cellules à prolongement rameux, qui se perdent dans la trame fibrineuse du caillot, qui se fissure et se décolore.

Deuxième période. — Les vasa-vasorum s'allongent de plus en plus et se mettent en contact avec le thrombus, en entrant en rapport intime avec les fissures dont les parois sont formées des cellules aplaties et ramifiées dont il a déjà été question. Le caillot devient intimement adhérent aux parois vasculaires et se décolore de plus en plus. Vers le vingtième jour, une sorte de circulation est assurée entre le thrombus et la tunique interne.

Troisième période. — Le caillot est envahi par les vasa-vasorum, et les cellules du tissu conjonctif prolifèrent abondamment, de telle sorte qu'il ne reste du thrombus que quelques hématies à peine reconnaissables et quelques amas fibrineux. Il y a d'abord un tissu conjonctivo-vasculaire, puis les vasa-vasorum s'atrophient et, finalement, on a un tissu de cicatrice immuable, sondant les parois opposées des vaisseaux où s'est formée la coagulation.

Le caillot peut se creuser de cavités kystiques, présenter des zones jaunâtres alternant concentriquement avec des zones rougeâtres. Le contenu des kystes est aseptique et est formé par les éléments du caillot en voie de désintégration granulo-graisseuse.

Les embolies provenant d'un caillot artériel sont projetées dans les artères situées en avant du lieu de la coagulation. Celles qui naissent dans le système veineux gagnent le cœur puis les voies de la petite circulation. On appelle embolies paradoxales celles que l'on rencontre dans le système artériel à la suite de certaines thromboses veineuses. On a pensé que les caillots, dans les cas de ce genre, passaient à travers le trou de Botal. Cette question présente un intérêt considérable en ce qui concerne la diffusion des maladies infectieuses et la dissémination de certains néoplasmes, dont les fragments peuvent suivre la même voie.

Les embolies déterminent dans les organes des lésions dues aux troubles circulatoires, et si elles possèdent des propriétés septiques dues à la présence de microbes ou de toxines, elles disséminent la maladie primitive.

Des coagulations sanguines peuvent se déposer dans les vaisseaux sans qu'il en résulte de symptômes appréciables. Le plus généralement, cependant, elles entraînent des troubles cliniquement appréciables.

Les accidents dus à la thrombose capillaire sont mal connus; il est probable qu'une partie des phénomènes qui suivent les brûlures étendues tiennent à ces coagulations.

Les coagulations des petits vaisseaux ne peuvent être soupçonnées que lorsqu'elles sont oblitérantes. Rappeler leur symptomatologie serait retracer une partie importante de celle des lésions tuberculeuses et syphilitiques.

Les phlébites variqueuses donnent assez souvent l'occasion de voir comment se forment et évoluent les coagulations des petits vaisseaux. Chez les femmes enceintes, la coagulation peut se produire consécutivement à la distension de la vessie. La lésion est limitée en un point du vaisseau, un cordon dur apparaît et la région devient excessivement sensible; parfois une tache ecchymotique se montre sur la peau. Après quelques jours de repos, la sensibilité de la veine diminue; le membre, légèrement œdématié, reprend son volume normal, et l'on ne peut plus constater qu'une dureté un peu plus grande du vaisseau. Telle est la phlébite oblitérante aseptique des petites veines, que l'on doit opposer aux phlébites infectieuses qui frappent surtout les accouchées et s'accompagnent de manifestations générales.

Les coagulations sanguines des gros vaisseaux ne peuvent être soupçonnées lorsqu'elles ne gênent pas trop la circulation dans le vaisseau. Dès qu'elles sont oblitérantes, elles provoquent l'apparition de troubles symptomatiques variés.

La douleur localisée, parfois irradiée sur le trajet de l'artère, est le premier symptôme de l'artérite pariétale et oblitérante; les battements de la pression artérielle diminuent, un œdème dur apparaît et, parfois, la température est un peu plus élevée que du côté opposé.

Si l'artérite oblitérante évolue lentement, on a les phénomènes de la claudication intermittente.

L'oblitération totale de l'artère entraîne un redoublement de la douleur, qui devient très vive; le membre se gonfle beaucoup, la peau prend une coloration violacée ou bleuâtre, avec des marbrures, et finalement, la gangrène apparaît. Tantôt il y a gangrène sèche totale, à partir du point de l'oblitération, tantôt le sphacèle est progressif et débute par les orteils, tantôt enfin, il localise à quelques territoires entamés ou à l'extrémité d'un orteil. Cette dernière éventualité se produit dans les cas où une circulation complémentaire s'est rapidement établie. Quelquefois, lors d'embolie, la circulation se rétablit entre le caillot et la paroi vasculaire, ou bien le

thrombus est progressivement chassé dans des vaisseaux de plus en plus petits.

Les coagulations développées dans les grosses veines donnent lieu à un ensemble de phénomènes qui rappellent très fréquemment le tableau précédent.

Dans certains cas, et il en est souvent ainsi dans les thromboses cachectiques, des coagulations veineuses se forment en des points multiples du système circulatoire, au niveau des veines superficielles des membres, par exemple. Cette phlébite à localisations multiples est fréquente dans la goutte. La terminaison par embolie est commune.

Si la coagulation se produit dans un gros vaisseau, on a les symptômes de la phlegmatia alba dolens, dans laquelle, M. Vaquez l'a montré, il y a souvent des prodromes vagues, douleurs mal localisées, œdème périmalléolaire.

Le plus souvent, la phlegmatia guérit, mais il peut aussi se faire une embolie pulmonaire.

L'oblitération des grosses veines est parfois suivie de gangrène. Ces cas sont très rares.

Lorsque l'oblitération artérielle ou veineuse a fait son œuvre, le membre d'abord menacé reste trop souvent et pour longtemps profondément gêné dans sa nutrition et ses fonctions. Des troubles trophiques résultant de névrites, apparaissent, et sont accompagnés, au début, de phénomènes douloureux, intenses, et suivis d'atrophie généralisée ou partielle des membres.

— MM. Hausalter et Étienne ont recueilli trois observations de thromboses de la veine-cave inférieure qui n'avait entraîné que fort peu de symptômes. Les malades étaient tuberculeux, c'est-à-dire étaient atteints d'une affection dans laquelle les ganglions lymphatiques sont indurés, et notamment les ganglions périveineux. Dans ces cas, il peut y avoir infection des ganglions et, par voisinage, infection du tissu cellulaire périveineux.

A l'autopsie des malades de MM. Haushalter et Étienne, on constata que les extrémités périphériques des veines étaient indemnes; cela explique le peu de symptômes, le système veineux superficiel permettant le rétablissement du cours du sang. Lorsque les veines périphériques sont oblitérées dès l'origine, il se développe de l'œdème, les douleurs apparaissent et le syndrome de la phlegmatia alba dolens se produit.

— M. Widal a observé un fait analogue. D'autre part, des oblitérations limitées peuvent entraîner des symptômes très marqués. Un malade de M. Widal est atteint depuis deux ans d'une oblitération de la veine iliaque primitive du côté droit consécutive à une phlébite lentement progressive et ascendante à point de départ fémoral. Depuis quelque temps, la veine cave inférieure semble s'oblitérer. Les débuts de la lésion remontent en réalité à vingt-six ans, et la lésion primitive est due à un éclat d'obus reçu dans la région de l'aine, à Sedan. Depuis ce temps, il s'est produit successivement de l'œdème de la jambe droite, d'abord passager, puis permanent, des ulcères variqueux. Une circulation veineuse superficielle s'est développée à droite du côté du corps, en 1892; enfin, en novembre 1894, est survenue une impotence fonctionnelle subite, mais passagère. Actuellement, le malade exerce toujours le métier de débardeur, mais il se fatigue de plus en plus facilement. Dans ce cas, la phlébite, qui a débuté dans la partie supérieure de la fémorale, a mis plus de vingt ans à oblitérer l'iliaque primitive.

— M. Heydenreich a observé un cas d'endartérite oblitérante qui a duré cinq ans et demi. La lésion s'est étendue successivement aux membres supérieurs, aux membres inférieurs, déterminant des gangrènes sèches et humides; puis survinrent des crises d'angine de poitrine qui entraînèrent la mort et qui étaient dues à l'endartérite des coronaires.

— Un jeune typhique, soigné par M. Etienne, mourut dans le collapsus vers la fin du deuxième mois de maladie. On trouva une thrombose de la veine coronaire.

— On ne compte que 16 observations authentiques de phlébite rhumatismale, et 2 cas seulement ont été l'objet de recherches anatomo-pathologiques suffisantes.

Une malade de MM. Widal et Ricard entrait récemment à l'hôpital pour une deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisée avec péricardite et insuffisance mitrale. Il se produit, pendant quelques jours, des poussées de congestion pleuro-pulmonaire, puis le trente et unième jour, en même temps que la température atteignait 39°5, de l'œdème apparut au dos de la main et gagna peu à peu le membre supérieur entier. La circulation collatérale ne devint apparente que près des insertions deltoïdiennes et au niveau de la région sous-claviculaire. Pas de douleurs spontanées, mais douleurs à la pression, sur le trajet de la veine humérale. Les phénomènes cardiaques devinrent rapidement menaçants et la mort survint par asphyxie dix jours après le début de l'œdème.

A l'autopsie, on trouva que le maximum des lésions veineuses siégeait au niveau de l'axillaire, à 1 centimètre de l'abouchement des humérales. A ce niveau, il y avait une endophlébite très nette, avec absence complète de périphlébite. L'endothélium était tuméfié, granuleux, desquamé en quelques points, et remplacé par une petite masse de globules blancs.

Dans la membrane interne, on trouvait quelques capillaires de nouvelle formation; elle se continuait, sans ligne de démarcation tranchée, avec la portion fibrineuse du caillot. En quelques endroits, le coagulum était pénétré par la végétation conjonctivo-vasculaire provenant de la tunique interne.

Le sang puisé la veille de la mort au niveau de la veine du bras gauche n'a donné lieu au développement d'aucun germe. Les parois veineuses ne renfermaient aucun microbe.

En résumé, cette lésion localisée à l'axillaire, et qui a causé rapidement un œdème énorme et presque indolent, ne présentait histologiquement que les altérations banales de la phlébite. Les recherches bactériologiques ont démontré l'absence de lésions secondaires. La phlébite ne pouvait être mise que sur le compte du rhumatisme.

— M. Achard a observé deux cas de phlébite rhumatismale légère survenus au cours ou dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu. Chez l'une des malades, il y eut seulement un peu d'œdème et de la douleur le long de la veine fémorale gauche. Dans le second cas, la même veine était atteinte; on put sentir un cordon, dû probablement à de la périphlébite. *(A suivre.)*

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

SUITE ET FIN (1)

L'internement des aliénés.

M. P. Garnier. — Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer, dans la plupart des cas, au traitement de la folie.

Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est affecté à une date plus rapprochée du début de l'affection mentale.

La qualification de dangereux, appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés, ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné, réputé inoffensif, ne peut devenir, à un moment donné, une cause de danger, et que, d'autre part, c'est devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de soins spéciaux, sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique.

Les progrès réalisés en pathologie mentale et dans l'hospitalisation spéciale des aliénés tendent à la suppression à peu près complète de tous les moyens de contrainte physique, au cours de l'internement.

Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique exigerait que les malades confiés à chacun des chefs de service fussent beaucoup moins nombreux, afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près.

Le traitement moral ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier.

Si l'asile moderne doit se faire riant, perdre de plus en plus le sombre aspect des établissements d'autrefois, s'annexer des exploitations agricoles et donner, dans la mesure du possible, à l'aliéné l'image de la vie sociale, à laquelle son délire a contraint de l'arracher, l'expérience n'est pas suffisamment faite relativement à l'utilité des visites à volonté sans aucune réserve quant à la période et aux phases de la maladie et sans fixation aucune de jour et d'heure, comme le voudrait une nouvelle méthode.

Les sorties provisoires, ou à titre d'essai, dont on ne peut méconnaître les inconvénients au point de vue administratif et relativement aux manifestations de la capacité civile, présentent pourtant des avantages prédominants, en permettant d'opérer une transition utile et d'octroyer la liberté, en quelque sorte, à titre conditionnel.

Les plus grandes réserves sont commandées quand il s'agit d'autoriser la sortie de certains malades, que la logique même de leur délire rend éminemment dangereux ; les délirants persécutés, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin et l'amener à croire à la disparition de conceptions morbides, alors que celles-ci se cachent seulement.

La diminution constatée, ces dernières années, dans la proportion des guérisons, est plus apparente que réelle et semble due à l'encombrement de nos asiles par des chroniques dont l'incurabilité est, le plus souvent, causée par le retard apporté à leur internement.

La division de nos établissements spéciaux en asiles de traitement et en asiles d'incurables présente plus d'inconvénients que d'avantages et ne répond guère au progrès moderne. Mais, il importe de désencombrer les asiles des affaiblis et des séniles, qui n'y sont pas à leur, place et pour lesquels l'Assistance doit créer des hospices que rien n'oblige à placer sous le régime de la loi sur les aliénés.

(1) Voir les nos 32 et 33 de l'*Union médicale*.

L'aliéné convalescent ou guéri ne doit pas être abandonné à ses propres ressources à sa sortie de l'asile. Le surveiller affectueusement, le protéger, le secourir, est l'œuvre qui se recommande le plus à nos institutions de bienfaisance, soit publiques, soit privées, et il y a lieu de donner un développement beaucoup plus grand à nos sociétés de patronage.

La loi du 30 juin 1838, « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », a été un progrès considérable.

Les exemples de séquestrations arbitraires attribuées à ses prétendues défectuosités ne résistent pas à l'examen.

Rien n'établit que l'autorité administrative et la science médicale, auxquelles cette loi attribue un rôle prépondérant et d'ailleurs logique dans l'internement des aliénés, aient été inférieures à leur mission, contrôlée au surplus par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire.

Si des faits du genre de ceux que les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ont cité, mais sans les appuyer des moindres preuves, pouvaient se produire, ils seraient imputables, non à la loi elle-même, mais à l'oubli de ses dispositions fondamentales.

Le principe essentiel de la loi votée par le Sénat portant revision de celle du 30 juin 1838, principe d'après lequel un jugement est nécessaire pour tout internement, se heurte à de considérables sinon insurmontables difficultés d'exécution et ne semble pas devoir, dans la pratique, augmenter réellement les garanties contre la violation de la liberté individuelle, garanties d'ailleurs assurées par la stricte application des dispositions législatives en vigueur, attribuant au pouvoir judiciaire tout le contrôle nécessaire.

La loi du 30 juin 1838, qui suffit à garantir la liberté individuelle par les formalités requises pour l'entrée des malades à l'asile, s'est montrée plus imparfaite dans ses précautions au sujet de la sortie d'aliénés dangereux réputés guéris, mais légèrement suspects de rechute.

Sur ce point, elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39 et 40 de la loi votée par le Sénat, portant création d'asiles spéciaux pour aliénés dits criminels.

Il y a lieu d'étendre par un article additionnel ces précautions aux délirants alcooliques récidivistes, dont on ne peut assurer actuellement la guérison et contre lesquels la société ne peut efficacement se défendre.

Monument de Lavoisier. — Une souscription internationale a été ouverte, il y a un an, par l'Académie des sciences, pour élever un monument à Lavoisier. M. Berthelot a annoncé, l'autre jour, à l'Académie, que les sommes recueillies jusqu'à présent s'élèvent à 47,555 fr. 50.

REVUE DE LA PRESSE

La question des **plaies pénétrantes de l'abdomen** est toujours intéressante et leur traitement fait l'objet d'un travail de MM. Rho et Bonomo, dans la *Riforma medica*. Voici, d'après la traduction de la *Gazette des hôpitaux*, les résultats auxquels sont arrivés ces auteurs.

En résumant leurs recherches, les auteurs arrivent à formuler les conclusions suivantes :

1° Un projectile pénétrant dans l'abdomen peut, dans des cas vraiment exceptionnels, traverser la masse compacte des viscères, et laisser ceux-ci intacts (ou légèrement lésés), ces lésions pouvant se réparer spontanément;

2° Les perforations gastro-intestinales sont fréquentes, et c'est pour cela qu'il faut les considérer comme existantes, toutes les fois qu'on a la certitude que le projectile a pénétré dans la cavité abdominale. Le contenu gastro-intestinal est versé dans la cavité péritonéale immédiatement après l'accident; ce fait manque assez rarement, il ne se produit pas dans les cas où l'organe frappé est vide, lorsque la perforation est trop petite, ou bien, enfin, lorsque le trajet de la blessure est oblique, ce qu'on peut vérifier dans les cas de perforation de la vessie ou de l'estomac;

3° L'hémorragie interne est une complication des plus fréquentes et des plus graves parmi les complications immédiates qui peuvent se produire dans les plaies abdominales par arme à feu;

4° La pénétration dans le péritoine des fragments de vêtements se produit très facilement; ces fragments s'arrêtent ordinairement au niveau des bords de la perforation intestinale, ou bien restent dans les plaies que le projectile a faites en passant dans le parenchyme du foie ou de la rate;

5° Ces corps étrangers, sans parler de l'infection péritonéale qu'ils peuvent déterminer, constituent un obstacle à l'accolement de la perforation au péritoine des organes voisins, et rendent, par conséquent, impossible l'oblitération spontanée;

6° Il résulte de ce qui précède, que les ressources de la nature se trouvent ainsi limitées; par conséquent, il y a tout avantage à ne pas livrer les malades à eux-mêmes, et à intervenir chirurgicalement.

— Dans le même journal, nous trouvons l'exposé **d'un cas d'hystérectomie vagino-abdominale pour cancer chez une femme enceinte.**

Il s'agit, dans le cas rapporté par Enrico Amadei, d'une jeune femme de trente ans, multipare, enceinte de huit mois environ. Tous les accouchements pré-

cédents avaient été normaux et étaient arrivés à terme. Jusqu'au cinquième mois, rien à noter de particulier. Mais, à ce moment, il se produisit une métrorragie très abondante qui dura plusieurs heures et cessa spontanément. Une autre hémorragie, aussi abondante, eut lieu le mois suivant. En outre, pendant toute la durée de la grossesse, la malade avait des pertes blanches fétides très abondantes.

A l'examen, on constate, tout d'abord, un état général très mauvais : muqueuses pâles, peau couleur de paille. Rien de pathologique dans les viscères, à part un souffle très doux au cœur. Le col est très augmenté de volume, de forme irrégulière, ulcéré, très dur dans certains points, très friable, au contraire, dans d'autres. Le cul-de-sac gauche est également ulcéré, et l'on sent, dans le paramétrium du même côté, un gros noyau circonscrit. En outre, dans les aines, on trouve les ganglions augmentés de volume, mais non douloureux.

On fait donc le diagnostic de cancer du col de l'utérus, avec diffusion secondaire dans le vagin et le paramétrium gauche, compliqué de grossesse de huit mois. Ce diagnostic fut basé non seulement sur les symptômes cliniques constatés, mais aussi sur l'examen histologique d'un morceau de col reséqué.

Comme la malade continuait à avoir des pertes considérables, le professeur Mangiagalli décida de l'opérer.

Après le lavage et l'excision, à l'aide d'une curette, des végétations vaginales, on pratiqua d'abord l'amputation sus-vaginale du col, on procéda ensuite à l'opération césarienne, et, après avoir extrait le fœtus et le placenta, on sectionna les ligaments larges, on fit la ligature des annexes et l'on enleva l'utérus lui-même. L'opération avait duré quatre-vingt-dix minutes.

Les suites post-opératoires ont été des plus satisfaisantes : la température n'avait pas dépassé 37°2. Les urines, rares les premiers jours (600-650 grammes), augmentèrent en quantité jusqu'à arriver au chiffre normal. Vingt jours après l'opération, la malade quitta l'hôpital dans de très bonnes conditions, emportant son enfant qui, pendant tout le temps que la mère était malade, fut nourri artificiellement.

L'auteur a revu cette maladie cinq mois après l'opération, elle se trouvait très bien, n'ayant à souffrir d'aucun trouble pathologique et pouvant se livrer à son travail. La cicatrice abdominale reste parfaite; le ventre n'est pas douloureux à la pression, les ganglions persistent, quoique non douloureux. A l'exploration combinée, on sent la cicatrice vaginale résistante et régulière. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une induration fixe, indolente, qui semble être de nature cicatricielle; rien dans le cul-de-sac droit.

— Enfin, dans le *Journal des Praticiens*, M. Claisse nous donne un résumé du **Traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique par l'arthrotomie précoce.**

D'après la thèse du Dr Parizeau (*l'Arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce*), il importe de diagnostiquer l'arthrite aiguë d'une façon précoce : d'ailleurs elle ne peut passer inaperçue; les douleurs qu'elle cause sont ordinairement et rapidement très intenses : douleurs spontanées, continues, et surtout douleurs provoquées soit par les mouvements rendus absolument impossibles, soit par la pression, au niveau de l'interligne surtout. Le gonflement est parfois énorme, dû à un épanchement considérable; quelquefois moins marqué, le liquide étant peu abondant et l'œdème péri-articulaire le produisant à peu près à lui seul; la peau est souvent légèrement rouge, la chaleur locale toujours très marquée; l'atrophie musculaire, apparue dès les premiers jours, souligne la gravité de la lésion. Souvent, en même temps, le malade a un mauvais état général, atteignant surtout le système nerveux; enfin, la fièvre est constante, la température montant à 2 ou 3 degrés au-dessus de la normale.

L'infection est donc sérieuse : les lésions locales ne le sont pas moins. Rapidement, le tissu péri-articulaire s'épaissit, se sclérose, et Gosselin insistait, trop d'ailleurs, sur le rôle de ces brides péri-articulaires dans la production de l'ankylose. La synoviale est congestionnée, épaissie; elle a une surface tomenteuse, ressemblant à la muqueuse intestinale; toute la surface articulaire est parfois tapissée d'une couenne adhérente qui va prendre une part importante dans lo processus ankylosant. Enfin, rapidement, les cartilages même s'altèrent; ils s'amincissent, se détruisent par places; dès lors, les os sont en contact; des brides de tissu fibreux s'organisent, qui vont se transformer en tissu osseux; l'ostéite aura bientôt fait de produire une soudure complète; l'ankylose est constituée. Elle s'est établie dans l'espace de quelques semaines.

L'arthrite aiguë blennorrhagique produit des altérations graves, désastreuses : il faut donc la traiter sans retard et sans timidité. On instituera un régime et une médication appropriés à l'état général fébrile; on supprimera, ou au moins, diminuera le foyer initial de l'infection par les injections urétrales de permanganate ou de sublimé, suivant l'âge et la nature microbienne de l'écoulement.

Mais, localement, le traitement médical doit être repoussé, car son échec est trop fréquent et entraine des conséquences trop graves; il ne faut pas perdre un temps précieux en révulsions, quelles qu'elles soient, sur la région malade : il faut y péné-

trer pour supprimer le liquide et, du même coup, les agents qui entretiennent l'inflammation. La *ponction* est ordinairement insuffisante : elle a donné quelques succès; mais elle ne vide que mal, souvent très mal, la cavité; elle ne permet pas de la nettoyer, de la débarrasser des caillots fibrineux qui l'encombrent fréquemment, ni d'évacuer, d'une façon permanente, le liquide qui se reproduit. Insuffisante, la ponction, elle aussi, doit être rejetée.

L'ouverture large de l'articulation, l'*arthotomie*, parait donc être le véritable traitement rationnel. Pratiquée depuis assez longtemps, et avec succès, dans ces cas d'arthrites aiguës par Lister (1870), Jessop, etc., elle n'est entrée dans la pratique comme traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique que depuis les communications de Jalaguier (1886), Thiéry (1892), Potherat. On l'applique surtout au genou : les articulations de l'épaule, du poignet, du coude, ont été également ouvertes par Tillaux, Thiéry, Walther.

L'arthrotomie doit être *précoce* : c'est à cette première condition qu'on en retirera tous les bénéfices possibles. Quelques points, en outre, sont à signaler dans son application; l'articulation du genou sera surtout en vue, comme la plus souvent atteinte, les modifications étant aisées à déduire pour les autres jointures. L'antisepsie la plus minutieuse est de rigueur : toute intervention articulaire exige une propreté chirurgicale absolue.

L'incision sera parallèle à l'axe du membre, sur la face externe du genou; elle mesurera de 5 à 6 centimètres de long, de façon à pouvoir pénétrer facilement dans la jointure; elle ne siégera pas trop près du bord de la rotule, pour permettre un écoulement plus facile du liquide, chez un sujet couché sur le dos; la synoviale, une fois ouverte largement, on pratiquera ordinairement une contre incision symétrique à la face interne; elle favorisera les lavages et le drainage. Avec le doigt, on explore les surfaces cartilagineuses et la synoviale; on enlève la couenne fibreuse qui existe souvent; on évacue complètement le liquide. On complète ce nettoyage par un lavage avec une solution tiède : il semble résulter de quelques observations, venant à l'appui des recherches de M. Pierre Delbet, sur le lavage des séreuses, que les antiseptiques, tels que le sublimé à 1/1000, ont une action destructive, nuisibles sur la vitalité, et par conséquent, la résistance à l'infection des cellules (épithélium et leucocytes); on emploiera donc de préférence une solution faiblement antiseptique, ou de l'eau salée à 7/1000, stérilisée. On place un drain ou une mèche de gaze iodoformée dans chaque incision; pansement ouaté; immobilisation dans la position physiologique (extension pour la jambe).

Les résultats de cette intervention, si simple, ne se font ordinairement pas attendre : le lendemain, parfois le jour même, la température tombe, les douleurs diminuent, et bientôt l'état général s'améliore. Il est nécessaire de surveiller l'articulation : tous les deux jours on renouvellera le pansement; on changera les mèches et pratiquera un lavage articulaire (à l'eau salée tiède) en veillant à ce que l'écoulement du liquide soit bien assuré ; dès que celui-ci ne se reproduit plus (c'est-à-dire vers le 8e, 10e, 12e jour) on supprimera les mèches. Mais l'immobilisation absolue sera prolongée plus longtemps et tant que persisteront, au niveau de la jointure, de la chaleur et des points douloureux à la pression : c'est affaire d'observation de décider l'époque à laquelle on commencera la mobilisation ; lorsqu'on jugera (ordinairement vers le 15e ou le 20e jour) qu'elle ne ramènera pas un état aigu, il faut l'entreprendre. Excessivement douloureuse au début, elle exige parfois une première séance sous le chloroforme ; on la renouvellera chaque jour, toujours avec prudence, en y combinant le massage, l'électrisation, pour lutter à la fois contre l'ankylose et l'atrophie musculaire. Ces soins post-opératoires sont de la plus haute importance; car un des principaux mérites de l'arthrotomie précoce paraît être de diminuer, de beaucoup, la durée de la période aiguë et de permettre une mobilisation hâtive ; ils seront continués pendant longtemps ; ce n'est quo peu à peu, quelquefois au bout de quelques semaines que l'articulation aura repris une souplesse suffisante.

Les résultats définitifs sont habituellement des plus satisfaisants. Huit malades ont été traités de la sorte par M. Pierre Delbet dans le service de M. Nicaise; ils constituent la totalité des cas observés pendant deux ans dans ce service; trois avaient des arthrites à très faible épanchement (forme sèche), les cinq autres des formes à grand épanchement. Une malade est sortie ankylosée, en rectitude; elle n'a pu être revue. Tous les autres ont recouvré une intégrité plus ou moins complète de la mobilité articulaire, toujours suffisante pour les mouvements usuels.

Cette petite statistique, ajoutée aux nombreux cas publiés à ce sujet, est fort instructive; appuyée par l'étude du processus des lésions articulaires, rationnelle dans son intervention, favorable dans ses résultats, l'arthrotomie précoce semble donc le traitement de choix, exclusif, de l'arthrite aiguë blennorrhagique.

NÉCROLOGIE

M. Turrel, ministre des travaux publics, vient de perdre son beau-père, le docteur Jouslain, ancien maire de Saint-Jean-d'Angély, décédé avant-hier matin à Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 aout 1896

M. de Brun (de Beyrouth) fait une intéressante communication *sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos:*

« On sait peu de choses sur la nature des altérations musculaires consécutives au tétanos chronique. Je viens relater une observation qui démontre l'existence d'un véritable raccourcissement de certains muscles. Il s'agit d'un portefaix chez lequel le tétanos, consécutif à l'application d'un cautère, laissa, après sa guérison qui fut tardive, des troubles singuliers de la marche et de la station. Le sujet marchait sur la pointe du pied, ou, pour parler plus exactement, sur l'avant-pied, le talon ne touchant jamais le sol; au repos, dans la station debout, le talon gauche restait à six centimètres du sol, le droit à quatre et demi.

« Si le malade voulait appliquer par terre la totalité de la plante du pied, il ne pouvait le faire qu'en écartant lentement les jambes par un mouvement de glissement latéral, la pointe des pieds fortement tournée en dehors. Cette démarche spéciale était due à un vrai raccourcissement du triceps aural, raccourcissement qui immobilisait le pied en extension sur la jambe, les deux segments formant un angle qui ne pouvait être réduit au dessous de 130°. Les muscles atteints présentaient un durcissement ligneux. L'altération musculaire avait également frappé le biceps du bras gauche, se localisant exclusivement aux couches profondes du muscle; et maintenant l'avant-bras dans une demi-flexion sur le bras. On sentait, dans la profondeur de la masse musculaire bicipitale, au niveau de sa face postérieure, comme une lanière résistante et inextensible se continuant inférieurement avec le tendon d'insertion du muscle, et contrastant, par sa rigidité, avec la souplesse molle de la partie superficielle.

« Ce raccourcissement musculaire, qui avait également intéressé le masseter gauche, s'était développé peu à peu pendant la maladie, au milieu de douleurs tantôt sourdes, tantôt assez violentes pour empêcher le aujet de dormir, douleurs localisées dans les masses des muscles et que la pression à leur niveau, et surtout les mouvements articulaires forcés, exagéraient au point de faire crier le malade. Au moment où celui-ci quitta l'hôpital, trois mois et demi après son entrée, il ne souffrait plus et présentait une grande amélioration dans la marche.

« Après avoir encore cité deux autres observations personnelles présentant la plus grande analogie avec la précédente, je signalerai un certain nombre de symptômes peu connus, que j'ai eu l'occasion d'étudier en Syrie, où le tétanos est assez fréquent. J'insisterai sur la constipation, qui résiste aux purgatifs et aux lavements, et se reproduit avec une opiniâtreté extraordinaire après chaque évacuation laborieusement provoquée.

« Pendant tout le cours de la maladie, l'appétit est souvent conservé et prend, pendant la convalescence, les proportions d'une *véritable fringale*. La soif est ardente et torture les malades du commencement à la fin de l'affection.

« La transpiration, variable suivant les sujets, et variable également d'une heure à l'autre chez le même individu, survit à la maladie, et devient parfois, soit au cours de l'affection, soit pendant la convalescence, d'une abondance excessive, inondant le lit, sans jamais s'accompagner des améliorations qui succèdent aux transpirations critiques.

« A signaler également le besoin de se déplacer. On voit souvent, au moment où les phénomènes de contracture commencent à s'atténuer, le malheureux patient, encore incapable d'un mouvement spontané, supplier qu'on modifie la position de ses membres et de son corps. On n'a pas depuis cinq minutes accédé à sa demande, qu'il la renouvelle encore, et, de nouveau, il faut le remettre sur le côté ou le placer en supination, quand le decubitus dorsal a cessé d'être pour lui une position de repos. »

ÉCHOS & NOUVELLES

École de médecine de Grenoble. — La semaine dernière a eu lieu l'inauguration des nouveaux bâtiments de l'École de médecine et de pharmacie de Grenoble. La cérémonie était présidée par le ministre des colonies, assisté du professeur Potain qui représentait le ministre de l'instruction publique.

La nouvelle École, commencée en 1892 a été achevée l'an dernier. Elle est située dans le plus beau quartier de Grenoble et donne par une façade monumentale sur l'avenue Lesdiguières.

Un laboratoire de bactériologie et un institut sérothérapique ont été organisés dans de vastes dépendances éloignées de l'École et lui servent d'annexes. Cet institut est placé sous la direction du Dr Berlioz.

CHEMIN DE FER DU NORD

PARIS A LONDRES (viâ Calais ou Boulogne). — Quatre services rapides quotidiens dans chaque sens. — *Trajet en 7 heures; traversée en 1 heure.*

Tous les trains comportent des deuxièmes classes; en outre, les trains de malle de nuit, partant de Paris pour Londres et de Londres pour Paris à 9 heures du soir, prennent les voyageurs munis de billets de 3e classe.

Depuis le 1er juillet, une nouvelle accélération est apportée au train de malle de nuit de Londres à Paris. Ce train, qui partait de Londres à 8 h. 45 du soir, en part maintenant à 9 heures, tout en conservant son heure d'arrivée à Paris-Nord.

Départs de Paris : Viâ Calais-Douvres : 9 heures, 11 h. 50 matin, 9 heures soir. — Viâ Boulogne-Folkestone, 10 h. 30 matin.

Départs de Londres : Viâ Douvres-Calais, 9 heures, 11 heures matin, 9 heures soir. — Viâ Folkestone-Boulogne, 10 heures matin.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LE RÉGIME ALIMENTAIRE

dans les maladies du cœur et des vaisseaux

SUITE ET FIN (1)

On peut trouver une indication du régime lacté dans certaines hypertrophies indépendantes des lésions valvulaires, l'hypertrophie de croissance, par exemple. E. Rondot l'a vue diminuer rapidement à la suite du régime. Le même auteur préconise aussi le lait dans la sclérose cardiaque de l'alcoolisme, du diabète, de la goutte. Pour Juhel-Renoy, dans la myocardite scléreuse, le lait était un véritable médicament « sous son influence seule, dit-il, nous avons vu, à différentes reprises, disparaître les œdèmes, le cœur se régulariser et le malade entrer en pleine convalescence »; et il ajoutait qu'avec le régime mixte, les résultats étaient beaucoup moins satisfaisants et souvent nuls.

Nous devons insister maintenant sur l'emploi du lait dans les dyspnées toxiques des cardiopathies artérielles. La dyspnée toxique, dans ces cas, peut, comme l'a montré Huchard, être engendrée par trois éléments qui combinent leur action : 1° le régime alimentaire; 2° l'insuffisance rénale; 3° l'insuffisance hépatique.

Le régime lacté absolu doit être la base de l'alimentation, le malade prenant de 2 litres 1/2 à 3 litres par jour. Chez certaines personnes ce régime détermine de l'hyperacidité gastrique par fermentations anormales; le bicarbonate de soude aux doses de 4 à 6 grammes donnera alors de bons résultats.

Le régime doit être suivi dix à quinze jours, au minimum, et Huchard conseille de le continuer plus longtemps; si la dyspnée est persistante, si le bruit de galop n'a pas disparu. Une fois que la dyspnée a cessé, le régime lacté mitigé pourra suffire; un litre ou deux par jour, quelques œufs et des légumes en purée. Ce n'est que plus tard que l'on permettra la viande et encore devra-t-elle être bien cuite, non faisandée, tout en recommandant de ne jamais supprimer complètement le lait. Toute réapparition de la dyspnée indique la nécessité du régime lacté intégral pendant huit à dix jours. Huchard recommande, même systématiquement, aux artério-scléreux de reprendre toutes les trois semaines, ou tous les mois, pendant trois à cinq jours, le régime lacté exclusif.

Les effets du régime lacté intégral sont parfois merveilleux dans l'artério-sclérose. Des dyspnées intenses peuvent disparaître en quelques jours, en vingt-quatre heures.

A une période avancée de l'artério-sclérose, la dyspnée, que l'on peut alors appeler « *hypertoxique* » est due à l'encombrement de l'organisme par les toxines provenant non de l'alimentation, mais des tissus eux-mêmes. Le lait ne peut plus alors rien contre elle.

Enfin la dyspnée des artério-scléreux peut encore dépendre surtout de la néphrite interstitielle, revêtir le type de Cheyne-Stokes. Le lait la diminue, mais son action est beaucoup moins nette que dans les dyspnées toxiques ordinaires.

Dans les endocardites, les péricardites aiguës, le lait n'a pas d'autres indications que celles qui existent dans la plupart des maladies aiguës.

La quantité de lait qui suffit au cardiaque, maintenu dans un repos relatif, est de 3 litres environ par jour. D'après Hoffmann, 2 litres peuvent même suffire dans ces conditions. Ces 2 litres renferment en gros : 96 grammes de sucre, 85 grammes d'albumine et 59 grammes de matières grasses.

Voici, d'après Hoffmann, le tableau d'un régime équivalent :

	ALBUMINE	GRAISSE	SUCRE	FÉCULE
250 grammes de viande renferment...	43,5	9,3	»	»
3 œufs — ...	10,8	11,7	»	»
20 grammes de fromage — ...	6,6	4,8	»	»
550 grammes de lait — ...	19,5	13,5	22	»
100 gr. de pommes de terre — ...	1,3	»	»	23,7
100 grammes de pain — ...	6,5	0,9	»	53,3
Ajoutez du beurre et de la graisse....	»	20,6	»	»
	87,2	60,6	22	96,0

La *cure de petit lait* peut parfois donner de bons résultats, surtout par suite de l'effet légèrement laxatif du liquide. Malheureusement, elle exige le plus souvent un déplacement onéreux.

On peut remplacer la cure du petit lait par la *cure de raisin*. Le malade devra aller le matin dans la vigne et consommer par jour 1 kilogramme de raisin, au début, puis augmenter peu à peu, de manière à atteindre 2 à 4 kilogrammes par jour, quand c'est

(1) Voir le numéro précédent.

la seule alimentation. Dans la cure mixte, le raisin est pris en trois fois : une heure avant les repas principaux de la journée. A ces derniers, le malade ne fera usage, au début, que de viandes blanches et de légumes herbacés. En France, la cure de raisin est appliquée à Celles-les-Bains (Ardèche); en Suisse, à Montreux, à Vevey. Les meilleurs raisins sont le chasselas de Fontainebleau, les raisins de Bourgogne.

III

Dans l'angine de poitrine, l'alimentation doit être substantielle, mais les repas peu abondants, afin d'éviter la surcharge de l'estomac souvent suivie d'accès angineux. Il faut boire peu, ne faire usage que de vins légers et coupés, recourir aux boissons stimulantes, aux vins excitants; le thé, le café, le vin de Champagne seront interdits.

Le principal repas devra être celui de midi, et le soir, le laitage, les œufs feront la base de l'alimentation.

Dans la pseudo angine de poitrine d'origine gastro-intestinale, Huchard donne les préceptes suivants : repas réguliers, deux ou trois par jour; manger lentement et boire peu. Pas de boissons alcooliques, gazeuses. Choisir le vin blanc léger, coupé d'eau d'Alet ou d'Evian, la bière faible coupée d'eau, l'eau aiguisée d'une cuillerée à café de cognac. S'il n'y a pas de dilatation : régime lacté exclusif ou mitigé. En tous cas, éviter les substances grasses et indigestes, les viandes faisandées, les féculents non dépouillés de leur écorce, les légumes fibreux, les crudités.

Dans les maladies avec hypertension artérielle; les règles de l'alimentation sont à peu près les mêmes que dans l'artério-sclérose. De plus, il faut réduire la quantité des boissons (Huchard) qui, prises en trop grande abondance, produisent de la pléthore vasculaire, aboutissant à l'hypertension. On doit agir ainsi dans les cardiopathies de la puberté et de la ménopause, chez les goutteux, etc. L'alcool, les boissons spiritueuses, seront défendus.

Le régime lacté est absolument indiqué dans les aortites, car la dyspnée y est à la fois mécanique, par suite de l'hypertension artérielle, et toxique par suite de l'imperméabilité rénale, le système artériel tout entier étant malade.

L'artério-sclérose succède souvent à un régime alimentaire défectueux.

L'influence pathogénique de l'alcool pris en excès, qui agit surtout, du reste, sur le foie, sur l'artère pulmonaire, avant de léser le sytème artériel en général, est connue de tous.

On a accusé l'alimentation végétarienne de produire l'athérôme (Gubler, Lacassagne); il n'en est rien, et ce régime est, au contraire, le meilleur préservatif des dégénérescences artérielles (Huchard). Chez les individus que l'hérédité prédispose à ces dernières, il faut défendre les aliments riches en ptomaïnes et en matières extractives (Huchard, Dujardin-Beaumetz).

Les viandes peu cuites, les viandes faisandées prises en excès, sont aussi nuisibles que les salaisons, les conserves, que le paysan consomme en moindre quantité, mais dans lesquelles des ptomaïnes ont pu se développer en grande quantité. Dans les deux cas, les poisons arrivant dans l'organisme ne peuvent être rapidement éliminés, il y a insuffisance relative du rein, et la ptomaïne, en circulant dans les vaisseaux, en irrite les parois. Huchard rattache à l'habitude qui se répand de plus en plus de manger beaucoup de viande, l'accroissement du nombre des cardiopathies artérielles, qui sont devenues des affections très communes. Le tableau suivant, donné par M. Huchard, montre dans quelle proportion la consommation de la viande et des boissons a augmenté en France de 1820 à 1870 :

	1820	1870	AUGMENT
Alimentation végétale	47,5	77,12	63,0 %
» animale	24,35	62,64	15,7 %
Boissons indigènes	12,30	40,10	22,6 %
Denrées diverses	8,22	15,61	8,8 %

Une fois la maladie développée, on devra interdire l'usage des viandes peu cuites et froides, des bouillons et potages gras, des fromages faits, des salaisons, des conserves; on rejettera les boissons alcooliques, les bières fortes, les vins de Bourgogne. Le laitage, les légumes, les œufs, les viandes très cuites et fraîches devront être la base de l'alimentation. Lorsque la plénitude vasculaire est considérable, Huchard prescrit volontiers le régime sec mitigé.

LES CONGRÈS

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

TENU A NANCY DU 6 AU 10 AOUT 1896

Suite (1).

La troisième question étudiée au Congrès de Nancy, le **pronostic des albuminuries**, a donné lieu à deux rapports des plus intéressants dus à MM. ARNOZAN et TALAMON.

La première chose qui manque pour établir avec précision le pronostic et le diagnostic des albuminuries, a fait d'abord remarquer M. Arnozan, c'est une

(1) Voir les nos 33 et 34 de l'*Union médicale*.

base chimique indiscutable. On n'est pas fixé d'une façon certaine sur les qualités, les caractères, les variétés des corps albuminoïdes que l'on peut rencontrer dans l'urine. On admet habituellement que l'on y trouve la sérine et la globuline du plasma sanguin. Mais il y en a aussi d'autres moins connus : la nucléo-albumine, l'albumine phosphatée, l'albumine uni-rétractile, la propoptone, etc. M. Fatein a essayé de démontrer que l'albumine urinaire ne correspond pas exactement à la sérine.

Les principaux caractères de la nucléo-albumine sont les suivants : insolubilité, dans l'acide acétique, précipitation par le sulfate de magnésie, non précipitation par les acides minéraux étendus; elle renferme de l'acide phosphoglycérique. Bouchard a distingué, comme on le sait, l'albumine rétractile et non rétractile. La pyine, albumine du pus, peut encore se rencontrer dans l'urine.

Cependant, on a peut-être beaucoup multiplié les espèces d'albumines, et Duclaux n'a pas craint d'écrire « que les espèces qu'on nous présente comme chimiques sont, le plus souvent, des espèces chimériques ».

On a invoqué, comme caractères différentiels, la température de coagulation, la manière de se comporter en présence des mêmes réactifs, le degré de déviation polarimétrique.

Les différences de la température de coagulation ne peuvent rien indiquer relativement aux différences de constitution, car l'albumine chauffée ne se précipite que par suite de son union avec des éléments minéraux ; les albumines, vis-à-vis des réactifs, n'ont pas plus de valeur. Enfin, l'étude de la déviation de la lumière polarisée est, dans beaucoup de cas, peu fertile en résultats, l'albumine étant le plus souvent mélangée à des matières extractives qui la dévient de leur côté dans un sens ou dans l'autre.

L'état rétracté ou non du coagulum indique certainement des différences de constitution des albumines étudiées. Pour un certain nombre de chimistes, le degré de la rétractilité dépend surtout de la quantité de l'albumine, de l'aridité du milieu où se fait la précipitation, de sa richesse plus ou moins grande en sels. Cependant M. Arnozan a pu isoler de la partie liquide filtrée de l'expectoration de certains malades, par le réactif d'Esbach, un précipité dont une partie était rétractile et l'autre non.

En résumé, on pourrait admettre comme certaine l'existence de la sérine, de la globuline et de la nucléo-albumine.

Y a-t-il une albuminurie physiologique? Trois doctrines ont été proposées à ce sujet : l'albumine est un élément de l'urine normale; l'albumine peut apparaître accidentellement dans l'urine en dehors de tout état morbide; l'albumine est toujours pathologique.

Kleugdin, Senator, Postner ont soutenu la première théorie aujourd'hui abandonnée.

Pour Capitan, Chateaubourg, Leube, Finot, Zechnisen, etc., et surtout Grainger Stewart, l'albumine n'est pas un élément normal de l'urine, mais peut s'y rencontrer sans que l'on soit malade. Sur 100 hommes forts et vigoureux, il y en aurait 41 qui présenteraient de l'albumine transitoire, physiologique. Les faits démontrent que l'albumine est compatible avec un état de santé florissant, avec une vie laborieuse et pénible, mais ils ne prouvent nullement que ce soit un phénomène normal. Nos organes et nos fonctions peuvent être altérées sans que nous nous en rendions compte. Il faudrait pouvoir suivre les sujets pendant plusieurs années : dix ans, vingt ans même, et savoir ce qu'ils deviennent, quelle est leur mortalité et leur morbidité. Pour le moment, il convient de considérer l'albuminurie comme un phénomène suspect.

Les conditions indiquées comme favorisant le développement de cette albuminurie transitoire sont le travail musculaire, la digestion, les bains froids, les fatigues intellectuelles, les secousses morales, la menstruation. Ce sont les mêmes circonstances qui aggravent le mal dans les albuminuries pathologiques. Du reste, parmi les partisans de l'albuminurie physiologique, il en est beaucoup qui avouent volontiers que cette albuminurie n'est que le premier stade ou un mode de début de certaines néphrites, du petit rein contracté, en particulier.

On doit donc admettre avec Lécorché et Talamon que toute albuminurie est un phénomène pathologique.

Généralement la déperdition azotée qui résulte de l'albuminurie n'a pas grande importance pour le diagnostic ; si le chiffre de l'albumine éliminée chaque jour s'élève à 12, 15 grammes, et en même temps il y a déficit dans la quantité de substances protéiques fournies par l'alimentation, le chiffre de l'albuminurie prend de l'importance, il y a hypoalbuminurie, et la densité du sérum s'abaisse.

Quel est le trouble fonctionnel de la lésion matérielle qui indique l'albuminurie?

Avec Gubler, Semmola, A. Robin, il faudrait croire que l'albuminurie, au moins dans ses formes chroniques, est avant tout, le résultat d'une altération sanguine. Qu'il y ait superalbuminose, altération de la constitution de l'albumine, albuminurie phosphaturique par excès de déminéralisation phosphatée, le sang est d'abord malade. Le rein ne le devient que plus tard, et alors il laisse passer, non seulement les albumines altérées, mais l'albumine normale du sérum.

Il est évident que, dans bien des cas, le sang est malade tout d'abord et le rein ensuite ; il en est ainsi

dans les infections, les empoisonnements. Mais on n'a pas encore démontré que le rein demeuré sain laisse passer les albumines anormales. L'albuminurie, dans ce cas, aurait un fait heureux, dont la suppression pourrait entraîner de graves désordres. Et jamais il n'y a eu d'accidents à la suite de la guérison d'une albuminurie.

Pendant longtemps on avait pensé qu'un excès de pression dans le système vasculaire favorisait la filtration de l'albumine, l'albuminurie des cardiaques pouvant être prise comme exemple. Or, on n'a pas tardé à démontrer qu'un excès de tension artérielle, avec grande vitesse du courant sanguin, était une des meilleures conditions pour faire cesser l'albuminurie. Mais, dans l'asystolie, la pression est assez faible dans les glomérules de Malpighi et on a fait jouer alors un rôle au ralentissement du cours du sang, qui a certainement une grande importance dans la pathogénie de l'albuminurie cardiaque.

Enfin, dans la plupart des cas, l'albumine n'apparait dans l'urine que parce qu'il y a des lésions de l'épithélium, des tubes contournés et des glomérules.

Le mécanisme de filtration de l'albumine est complexe. Il est probable que dans certaines néphrites, l'épithélium verse dans les voies urinaires de l'albumine résultant de son inflammation, en même temps qu'il empêche de passer les substances qu'il extrait normalement du sang pour former l'urine.

Dans les lésions plutôt dégénératives qu'inflammatoires, l'albumine n'existe que d'une façon contingente ou même manque (dégénérescence amyloïde, cancer du rein). Du reste, la simple filtration sans modification de l'albumine à travers une membrane vivante n'est pas conforme aux lois de la nutrition.

L'albuminurie peut être le signe d'une altération des albumines du sang, soit d'un trouble dans la circulation rénale, soit d'une lésion épitbéliale du rein, soit d'un exsudat inflammatoire venu à la surface des canalicules enflammés. Mais elle ne porte pas avec elle le cachet de son origine ou, du moins, nous ne savons pas le reconnaître. Il faut, en même temps que l'albumine, rechercher les éléments figurés, faire l'analyse qualitative et quantitative de l'urine, déterminer la toxicité. Nous apprendrons ainsi à connaître l'état des reins, la nature des lésions, l'état de la fonction rénale.

Il est utile de rechercher la présence des hématies. Si peu nombreuses qu'elles soient, elles indiquent une congestion assez vive dans l'organe. Les leucocytes sont loin d'exister dans toutes les albuminuries; ils manquent probablement dans celles dues à un ralentissement circulatoire ou à un trouble de sécrétion glomérulaire.

Naturellement, il faudra rechercher avec soin les microbes.

C'est en étudiant l'état de la fonction de dépuration ordinaire que l'on établira vraiment le pronostic des albuminuries.

Dès que les éléments normaux baissent, même si l'albumine est en faible quantité, le pronostic est grave, car l'urémie est proche. Le retard de l'excrétion azotée indiquera dans une certaine mesure l'état du filtre rénal.

Une faible toxicité urinaire est, en général, un symptôme grave. Enfin il est probable que la fonction interne du rein a une certaine importance (Teissier, Dieulafoy, Meyer).

L'albuminurie se montre, passagèrement un moment, dans un grand nombre de fièvres; quelquefois les symptômes rénaux s'accentuent beaucoup et on a les formes rénales des maladies infectieuses. La néphrite peut se produire dans la plupart des infections; le pronostic de la maladie primitive est alors aggravé et il y a rétention dans le sang des produits toxiques sécrétés par les microbes ou provenant de l'organisme. La néphrite infectieuse peut guérir complètement, durer un certain temps ou même passer à l'état chronique. D'après Bouchard, Enriquez, on pourrait prévoir la tendance à la chronicité lorsque l'albumine persiste après la disparition des bactéries.

Tantôt (pneumonie, fièvre typhoïde, érysipèle) la néphrite débute sournoisement; tantôt (scarlatine, rougeole) elle fait son apparition brusquement. La néphrite paludique revêt parfois la forme d'accès paroxystiques. On a recueilli quelques observations de néphrite dues soit au bacille d'Eberth, soit au pneumocoque, et s'étant produites en dehors de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Dans les pyosepticémies chirurgicales, il y a des néphrites dues à l'action des germes pyogenes vulgaires; si on peut débarrasser le malade de son foyer septique, il faut alors opérer au plus vite car la néphrite guérit, si elle n'a pas duré trop longtemps. Le brightisme ordinaire est, au contraire, une contre-indication opératoire.

Les néphrites existent aussi dans des affections apyrétiques à marche lente : tuberculose, syphilis.

Certains microbes, le fait est connu de tous, agissent surtout par les toxines qu'ils sécrètent : diphtérie, choléra. Les néphrites, dans ces maladies, sont toxi-infectieuses.

Les albuminuries toxiques se produisent dans un grand nombre de circonstances : empoisonnement par le chloroforme (une fois sur trois anesthésies, d'après Potain), albuminurie cantharidienne. L'usage prolongé du sulfonal, du trional, de l'acide borique, de l'acide pyrogallique, détermine le symptôme.

L'albuminurie cyclique, que l'on peut appeler, avec Teissier, la maladie de Pavy, a excité beaucoup la curiosité des médecins ; on l'a aussi désignée sous le nom de albuminurie des adolescents, albuminurie intermittente, albuminurie transitoire. Il est certain qu'il y a des individus chez lesquels l'albumine ne se montre qu'à des heures déterminées ; en dehors de ces heures, l'urine n'en renferme pas. Le type cyclique est des plus nets et le cycle donne des phénomènes très remarquables. Généralement, il s'agit d'un jeune sujet qui, au matin, rend une urine claire ne contenant pas d'albumine. Dès qu'il se lève l'albuminurie se produit, elle augmente jusqu'à quatre ou six heures du soir, et, enfin, diminue, de telle sorte que, au moment du coucher, elle a complètement ou à peu près complètement disparu. Il est évident que la digestion du premier repas est la cause de l'apparition de l'albumine, mais l'origine alimentaire ne peut certainement tout expliquer puisque l'albumine disparaît pendant la digestion du diner. Elle apparaît si le malade se lève pendant la nuit, disparaît pendant le jour s'il reste au lit. C'est la position debout qu'il faut incriminer.

M. Teissier, poursuivant les études urologiques de ce type morbide, plus loin que la simple recherche de l'albumine, constate d'abord que celle-ci n'est jamais très abondante et ne dépasse pas 1 gramme par litre, que son arrivée dans l'urine est précédée d'une abondante émission de matières colorantes, et suivie d'une forte excrétion d'urates, puis d'urée : matières colorantes, albuminurie, uraturie, azoturie, telles sont les quatre phases que présente le cycle habituel de la maladie de Pavy. Il faut ajouter que le sujet conserve les attributs extérieurs de la santé, que c'est tout au plus si le teint est un peu pâle, l'haleine un peu courte. Il n'y a ni œdème, ni hypertrophie du cœur, ni hypertension artérielle ; mais on constate fréquemment de la neurasthénie.

Les uns, avec Pavy, Teissier, Merley, W. Dubreuilh, font de l'albuminurie, même cyclique, une maladie à part ; les autres, avec Oswald, Bockmann, Landi et avant tous Lécorché et Talamon, la considèrent comme une variété d'albuminurie, se rattachant au mal de Bright. La question de doctrine entraîne avec elle une question de pronostic des plus graves ; les premiers affirment que l'albuminurie cyclique est chronique, les seconds la regardent comme appartenant le plus souvent à la phase latente des néphrites chroniques. On ne peut laisser en suspens une question de cette importance.

Les points sur lesquels porte le conflit sont relatifs à l'étiologie, à certains caractères de l'urine, au cycle lui-même, à la marche de l'affection :

1° Ce n'est pas une étiologie banale que celle de la maladie de Pavy ; d'après Teissier, elle appartient surtout aux jeunes sujets de la classe aisée, à ceux dont les parents arthritiques, adonnés aux carrières libérales, mais ayant toujours plus ou moins cette neurasthénie qu'entraînent les soucis de ces professions, donnent à leurs enfants des tempéraments à nutrition retardée. Les adversaires ne contestent pas ce fait, mais ils notent aussi, que bien souvent, l'albuminurie cyclique succède à une maladie infectieuse : rougeole, grippe, diphtérie, scarlatine, etc., circonstance qui la rapproche bien, au point de vue étiologique, des néphrites vulgaires.

2° On a prétendu que l'urine des cycliques ne contenait pas d'éléments figurés, et c'est même là un des arguments les plus importants qu'on a mis en avant pour faire du type une albuminurie sans néphrite. Or c'est un argument auquel il faut renoncer depuis que la centrifugation permet de déceler les moindres débris épithéliaux, les plus petites colonies microbiennes. Kraus, Oswald, Landi y découvrent des cylindres, M. Arnozan des staphylocoques.

3° L'évolution diurne de cette albuminurie serait, au dire de ses promoteurs, un caractère tellement important qu'il suffirait à légitimer la place spéciale qu'on lui a réservée dans le cadre nosologique. A cela, Lécorché et Talamon font observer que chez la plupart des brightiques, l'albumine subit des variations tout à fait semblables à celles de la maladie de Pavy : elle est en plus petite quantité le matin, augmente dans la journée et diminue le soir. Si elle est très peu abondante, la diminution matinale et vespérale ira jusqu'à la disparition ; il ne restera que l'albumine du jour. Un mal de Bright atténué est donc identique à la maladie de Pavy, que dès lors il y a lieu de considérer comme une espèce morbide distincte. Cette assimilation est parfaitement juste, ou du moins à ce point de vue ; mais ces auteurs vont trop loin en écrivant : « l'intermittence n'est pas un caractère spécial, que l'on puisse attribuer à un prétendu cycle physiologique ; c'est un fait connexe à la faible teneur de l'urine en albumine. »

Il semble, au contraire, que le cycle est, en général, parfaitement net, et ce qui explique comment les oscillations diurnes de l'albuminurie se retrouvent aussi bien dans le mal do Brigth, confirme que dans la maladie de Pavy, c'est qu'elles sont calquées sur les variations normales de la toxicité urinaire. On trouve, en effet, dans une note de M. Bouchard, les détails suivants : « A la fin de la période de veille, à l'instant où l'homme s'endort, la toxicité urinaire est au minimum ; à partir de ce moment, elle augmente incessamment et régulièrement pendant seize heures, d'abord pendant le sommeil, puis pendant la première moitié de la période de veille. Au moment du réveil, l'intensité toxique est cinq fois plus considérable qu'au début du som-

meil; huit heures après le réveil, elle est neuf fois plus grande : elle est alors au maximum. A partir de ce moment, la décroissance commence; elle se fait deux fois plus vite que la croissance, et, en huit heures, elle est revenue au minimum, au début d'une nouvelle période de sommeil.

Ainsi, c'est huit heures après le réveil, c'est-à-dire entre deux et quatre heures de l'après-midi, que la toxicité normale de l'urine est au maximum. N'est-il pas intéressant de voir que c'est juste à ce moment que l'albuminurie est à son maximum. Le rein malade exsude d'autant plus d'albumine que l'urine qu'il excrète est plus toxique; fait très curieux et qui aidera à comprendre comment l'albuminurie peut se lier aux intoxications. Néphrite chronique et maladie de Pavy suivent dans leurs variations diverses les variations de la toxicité urinaire normale : le cycle n'appartient ni à la première ni à la seconde, il relève de la physiologie. Le rein sain laisse passer sans en souffrir les urines faiblement toxiques de la nuit et les urines fortement toxiques du jour. S'il est enflammé, l'albumine transsudera avec l'urine, mais il y en aura moins avec l'urine peu toxique de la nuit qu'avec l'urine fortement toxique du jour. Les albuminuries cycliques se placeront entre les cas physiologiques et les cas franchement morbides; le rein à peine malade donnera sans mélange l'urine faiblement toxique de la nuit, mais exsudera de l'albumine avec l'urine fortement toxique du jour.

Quelques auteurs, M. Marie entre autres, ont insisté beaucoup sur l'influence de la station verticale, et avec Strieling, font de l'albuminurie cyclique, plutôt une albuminurie de posture. Les effets de la position verticale sont, en effet, des plus curieux, car l'albumine n'apparaît pas si le sujet reste étendu. Mais la preuve que la station verticale ne doit venir cependant qu'en seconde ligne, c'est que, dans l'après-midi, alors même que le malade continue à marcher, l'albuminurie diminue et peut même disparaître avant que le malade se recouche.

4° Toutes ces considérations doivent d'ailleurs céder le pas au jugement de la clinique. Que deviennent les albuminuries cycliques? Les partisans de l'entité morbide font observer que, l'urologie mise à part, les sujets sont bien portants; tout au plus accordent-ils un peu de neurasthénie, ce qui est déjà quelque chose. Mais on constate souvent d'autres phénomènes : l'un présente un peu d'œdème de la face, l'autre des céphalées, de l'essoufflemment, de l'inaptitude au travail; celui-ci est pâle, anémique. Les hémorragies, l'hémoptysie, sont parfois signalées. D'autres fois, on signale le gonflement des pieds. les crampes, la gastralgie ou des troubles vaso-moteurs très singuliers.

Sans s'attarder à ces quelquss troubles, qui pourtant empoisonnent la vie de ceux qui les subissent, on insiste beaucoup sur la bénignité de l'affection. Tel malade est resté huit ans en observation, et il n'est pas mort; tel autre a fini par voir son albumine disparaître; plus nombreux encore sont ceux dont l'état persiste sans se modifier. Ce n'est donc pas la même affection que le mal de Bright. A cela, Lécorché et Talamon répondent avec infiniment de justesse : « Tout le monde admet que le mal de Bright se prépare par de longs prodromes, où l'on reconnaît de longues étapes préalbuminuriques. Mais ces phases prémonitaires, on les reconstitue le plus souvent pour chaque malade par les commémoratifs. Avant d'être définitivement étiqueté brightique, l'un a eu pendant de longues années des épistaxis, des troubles dyspeptiques; l'autre a été toute sa vie incapable de tout travail. Qui sait si à ce moment l'un et l'autre n'avaient pas déjà de l'albuminurie cyclique? Et inversement, quand nous rencontrons une maladie de Pavy qui peut affirmer qu'elle ne prépare pas peu à peu une néphrite chronique? » Ce n'est malheureusement pas une hypothèse pure; cette transformation a été vue (Lécorché et Talamon). Landi a soigné une jeune fille chez qui, à chaque époque menstruelle, revenait un peu d'œdème au front et aux joues, et chez qui l'albuminurie cyclique finit par devenir permanente. M. Arnozan n'hésite pas à considérer l'albuminurie cyclique comme la manifestation d'une néphrite légère, pouvant peu à peu aboutir au mal de Bright.

Est-ce à dire que son pronostic soit fatal, que la chronicité et l'urémie soit le lot inévitable des cycliques? Non; le syndrome de Teissier-Pavy est l'indice d'une néphrite légère. Cette néphrite peut mal tourner, mais elle peut aussi évoluer d'une façon favorable. Il n'est pas nécessaire que l'on en meure pour affirmer le diagnostic; l'albuminurie cyclique peut guérir, les cas de Teissier et Merley en font foi, et Landi a même cité un cas très intéressant où une albuminurie permanente a fini par guérir après avoir passé par une période d'albuminurie cyclique. La lésion rénale, dont le syndrome est la caractéristique, est une lésion curable; sa guérison n'est pas certaine, mais elle est possible, elle est peut-être même assez fréquente, ce qui n'est pas une raison pour en faire une maladie séparée des néphrites qui ne guérissent pas.

D'après quels signes pourra-t-on préjuger la marche ultérieure d'une albuminurie cyclique? Le peu d'ancienneté de la maladie, le peu d'abondance de l'albumine, le peu de durée de la phase albuminurique de chaque jour seront des signes favorables. La nucléo-albumine est d'un meilleur augure que la sérine; car elle semble provenir de la désintégration d'épithéliums presque normaux; se rencontre

au début de la maladie et à la fin de plusieurs albuminuries, et paraît se rattacher à des lésions encore superficielles ou en voie de réparation, la sérine provenant de lésions plus constituées. Enfin, l'état général de la santé a une importance considérable, si le sujet est réellement bien portant, le pronostic reste bon; si les troubles neurasthéniques ou vasomoteurs s'accentuent, c'est que la maladie s'aggrave; si l'albuminurie devient permanente, la chronicité est établie; si le cœur s'hypertrophie, c'est le mal de Bright constitué. Mais, même dans les cas où cette terminaison redoutable a eu lieu, la maladie a lentement évolué, de telle façon que, soit comme pronostic immédiat, soit comme pronostic éloigné, le syndrome de Pavy-Teissier laisse généralement au malade et au médecin de longues et réconfortantes espérances.

Toutes les albuminuries intermittentes ne sont pas des albuminuries cycliques. Dans quelques cas, l'albumine est plus abondante le matin que le soir; chez certains malades, elle se montre sous l'influence d'accès d'asthme ou d'accès convulsifs; quelquefois elle survient comme manifestation de fièvre paludéenne et se rattache alors le plus souvent à l'hémoglobinurie paraxystique. Ces diverses formes ne pourraient être bien étudiées qu'avec des documents nouveaux.

A l'albuminurie cyclique il faut rattacher un certain groupe d'albuminuries, un peu confus peut-être au point de vue pathogénique, mais assez reconnaissable au point de vue clinique par la petite quantité d'albumine que contient l'urine et par la bénignité au moins apparente des symptômes concomitants : pour ne rien préjuger, on peut, avec Lécorché et Talamon, appeler ces albuminuries *albuminuries minima*. Les malades de cette catégorie ne procèdent pas tous de la même origine. Les uns sont des sujets qui ont eu antérieurement une néphrite infectieuse et qui n'en ont jamais complètement guéri. Les autres sont des jeunes gens à hérédité plus ou moins arthritique, chez lesquels des migraines précoces ou quelque autre signe font épier par le médecin les premiers symptômes caractéristiques de la diathèse goutteuse. D'autres enfin sont des gens riches bien nourris, mangeant chaque jour un peu plus qu'il ne faudrait et ne consommant pas par un exercice nécessaire le surplus de leur alimentation. Quelques-uns, comme A. Robin l'a si bien observé, sont en même temps phosphaturiques et neurasthéniques.

Le trait commun qui réunit ces malades, c'est la continuité et la faible quantité de leur albuminurie. A quelque moment qu'on l'examine, on trouve toujours de l'albumine, mais on en trouve toujours très peu : 0gr25, 0gr30, 0gr50, rarement davantage.

Le chiffre peut cependant s'élever jusqu'à 1 gramme sans qu'on ait encore le droit de supprimer l'épithète de minima. Suivant Teissier, il faudrait distinguer deux ordres de cas : dans le premier, le malade a une dose quasi invariable d'albumine, que n'influencent ni le régime, ni l'exercice, ni le travail musculaire, ni aucune circonstance physiologique; dans le second, le chiffre de l'albumine reste habituellement le même, mais est nettement influencé par certaines conditions. Un malade est sensible au refroidissement, un autre à la fatigue, un autre au régime, et Teissier cite le cas d'un ancien scarlatineux qui ne pouvait prendre du bouillon de bœuf sans voir son albuminurie augmentée dans de très notables proportions.

La pathogénie de ces états a plus préoccupé les médecins que leur évolution clinique. Comme ils sont fréquents chez les jeunes sujets, on a voulu en faire un incident de la croissance, incident moitié physiologique, moitié pathologique, et on les a appelés albuminurie de l'adolescence. Sans mettre en doute que cette période de la vie ne soit favorable à l'apparition de ces phénomènes, on ne peut considérer cette cause comme suffisante, et une circonstance pathologique doit toujours ajouter son influence à celle de l'âge. Le nom proposé est donc insuffisant.

Le nom d'albuminurie résiduale a été proposé pour viser les cas où il s'agissait de néphrites aiguës incomplètement guéries, ou de périodes de rémissions dans le cours d'une néphrite chronique. La résolution de l'inflammation rénale a été incomplète; quelques points malades laissent encore passer de l'albumine et il semble que, désormais, la chronicité soit acquise et que rien ne puisse faire disparaître ces reliques de néphrite.

Cuffer et Braud, d'une part, Bard, de l'autre, précisent de façons un peu différentes la signification de ces albuminuries résiduales.

Les premiers les appellent parcellaires, indiquant, ainsi que dans le rein, quelques lobules; quelques glomérules sont seuls restés malades, le reste de l'organe ayant recupéré son état normal. L'anatomie pathologique donne souvent raison à cette opinion, en montrant que dans le rein, comme d'ailleurs dans tous les organes, les lésions procèdent par îlots séparés. Si le nombre des îlots compromis est peu considérable, la survie pourra être très longue, mais vienne un refroidissement, une maladie infectieuse, un nouveau lot de glomérules et de tubes va être compromis et perdre pour la dépuration urinaire. Peu à peu, sous l'influence de ces soustractions successives, un moment arrivera où le champ de la sécrétion urinaire sera trop restreint et où l'anémie éclatera, comme l'asphyxie, lorsque le poumon a été

peu à peu diminué par une série de broncho-pneumonies. Si ces atteintes successives ne se produisent pas, aucune évolution active ne menace le malade, mais il garde indéfiniment son albuminurie.

Celle-ci, dans l'hypothèse de Bard, mériterait le nom de cicatricielle. D'après le professeur lyonnais, certaines néphrites se termineraient par une régénération imparfaite des épithéliums qui, dans ce nouvel état, seraient impropres à retenir l'albuminurie du sang. De là ces albuminuries à petites doses, mais indéfinies, qui ne menacent pas plus l'existence qu'une cicatrice cutanée. L'hypothèse est ingénieuse : elle s'appuie sur quelques faits où le microscope a montré des altérations épithéliales spéciales, mais elle a besoin de confirmation. Il est certainement plus sage de laisser à ces états le nom d'albuminurie minima. Il ne préjuge ni la matière ni la cause, et indique seulement le fait facilement constatable : la faible dose de l'albumine.

Ces albuminurie ne sont, d'ailleurs, pas bien différentes par leurs caractères et par leurs symptômes généraux de l'albuminurie cyclique, et il est probable que, dans bien des cas, elles sont réellement cycliques. L'usage est établi maintenant de faire analyser par les chimistes un échantillon du mélange de l'urine des vingt-quatre heures. Or, que l'urine d'un cyclique soit examinée ainsi, et le malade sera immédiatement classé parmi les albuminuriques minima. Au contraire, qu'on prenne séparément l'urine du matin et celle du soir, et on verra quelques-uns passer dans la catégorie des cycliques.

L'albuminurie phosphaturique de M. A. Robin, du moins à son degré le plus simple, rentre dans cette catégorie. Il montre lui-même qu'elle a été confondue maintes fois avec l'albuminurie intermittente ou cyclique, mais il la distingue par la phosphaturie qui l'accompagne, par la diminution des oxydations azotées, et comme ces phénomènes urologiques démontrent, à son avis, une dénutrition exagérée des organes riches en phosphore, il établit que le trouble primitif est un trouble de nutrition, que la petite albuminurie qui en dérive est d'origine dyscrasique. Il montre, en même temps, que dans ses deux premiers degrés elle doit comprendre une partie des cas que les neurologistes englobent sous le nom collectif de neurasthénie. A des degrés plus avancés, elle se rapprocherait du mal de Bright et finirait même par se confondre avec lui.

Sans s'arrêter à ces considérations, pourtant assez importantes, on doit chercher quelle est la marche de ces albuminuries. Quelquefois elles guérissent. Cette terminaison est possible : quand il n'y a pas d'hérédité fâcheuse, quand il s'agit d'un reste de néphrite infectieuse légère.

Quelquefois elles sont le prélude d'un accès de goutte franche ; c'est alors l'albuminurie prégoutteuse sur laquelle Lécorché et Talamon, et Tessier, ont si justement insisté. Quelquefois, enfin, elle est le prélude ou plutôt le premier acte d'un mal de Bright, qui se déroule peu à peu ou rapidement avec ses phénomènes classiques.

Certaines circonstances permettent de prévoir l'évaluation qui va suivre, quand on connaît leur influence dans l'albuminurie. La première, c'est l'hérédité. Lécorché et Talamon ont signalé l'hérédité directe du mal de Bright, et ils ont parfaitement raison. Un auteur a signalé une famille où l'albuminurie se transmet de génération en génération et chez laquelle d'anciens portraits, aux faces bouffies, laissent soupçonner que l'albuminurie remonte fort loin dans les siècles passés. M. Arnozan connaît, pour sa part, une famille où une brightique, sœur d'un brightique, a une petite fille atteinte d'albuminurie cyclique et dont un fils a eu une néphrite infectieuse grave.

Les affections du cœur, celles du poumon, celles de l'encéphale, celles de l'estomac, sont héréditaires. Pourquoi celles du rein échapperaient-elles à cette loi ? Est-il interdit de croire qu'on peut transmettre à ses enfants de mauvais reins, comme on leur transmet mauvais d'autres organes, c'est-à-dire des reins dont l'épithélium est fragile, mal défendu contre les causes morbides. La ressemblance aux ascendants, qui s'accuse dans des détails insignifiants, tels que la couleur des cheveux, la nuance de la peau, etc., ne pourrait-elle s'affirmer dans la structure intime des organes essentiels de la vie. Aussi doit-on redouter l'albuminurie, même minima, quand elle atteint un sujet dont l'hérédité rénale est fâcheuse.

L'hérédité goutteuse ou arthritique doit inspirer des préoccupations analogues à l'égard de la goutte ; c'est dans ces conditions que l'albuminurie minima a justifié souvent son nom de prégoutteuse, car elle précède ou la goutte articulaire ou la gravelle.

Enfin, dernière condition à bien établir, il faut tenir compte du régime. Le Dr Carles, qui fait annuellement un grand nombre d'analyses urinaires, est arrivé à se convaincre que la généralité des habitants du quartier riche où il habite est nantie d'une albuminurie minima. Au contraire, ayant eu l'occasion d'examiner, il y a quelques années, l'urine de vingt religieuses pauvres et sobres (Petites-Sœurs des Pauvres), il ne la constata que chez une seule déjà âgée. Ces classifications sociales des albuminuries ont bien leur importance ; elles font saisir sur le vif l'importance du régime et de l'hygiène individuelle. « D'ailleurs, ajoute M. Carles, ce qui m'a frappé en dehors de sa fréquence, c'est que cette maladie est merveilleusement supportée..... et qu'a-

près des années, elle finit par disparaître, quand la dose d'albumine ne dépasse pas 0gr50 par litre au maximum ».

L'hérédité et le régime sont les deux conditions maîtresses du pronostic de l'albuminurie minima. Sont-elles bonnes? elle guérira ou tout au plus persistera indéfiniment sans complications. Sont-elles mauvaises? le sujet devra s'attendre, selon les circonstances, à la goutte, à la gravelle ou au mal de Bright. Ces considérations s'appliquent tout aussi exactement à l'albuminurie cyclique.

L'albuminurie complique souvent le diabète; elle ne l'améliore pas, comme on l'a cru, mais elle peut le remplacer. C'est une véritable néphrite qui s'établit. La dose d'albumine semble, dans ce cas, assez importante à considérer : plus elle est élevée et plus on voit en général le sucre diminuer. Le pronostic s'aggrave en raison de cette progression.

Dans la tuberculose, l'albuminurie peut revêtir plusieurs formes : néphrite infectieuse à marche lente mais irrémédiable vers la tuberculose rénale; albuminurie d'auto intoxication à grandes oscillations, chez les tuberculeux à fièvre, à estomac dilaté et à gros foie; néphrite due à l'intoxication par la tuberculose dans les cas de tuberculose atténuée et peut-être dans les formes d'anurie prétuberculose.

En définitif, l'albuminurie reconnait deux grandes séries de causes : les infections, les intoxications. Si ces causes présentent d'emblée une grande intensité, elles peuvent arriver rapidement à la désorganisation rapide du rein, à l'urémie et à la mort. Si elles sont modérées, l'albuminurie pourra exister sans provoquer de troubles importants, et, dans ce cas, la cause une fois supprimée, elle disparaîtra à son tour, à moins que de mauvaises conditions hygiéniques, une hérédité malheureuse ou une trop longue durée ne fassent du rein un point de moindre résistance et ne permettent alors la constitution d'une néphrite chronique, qui évoluera émancipée de ses conditions pathogéniques primitives.

(*A suivre.*)

SOIXANTE-QUATRIÈME CONGRÈS DE LA "BRITISH MEDICAL ASSOCIATION"

CARLISLE, 1896

Quelques communications intéressantes ont été faites à ce congrès, tant en chirurgie qu'en médecine.

Tout d'abord citons l'opinion de F. CAMPBELL (de Belfort) sur la **valeur de la méthode sacrée**, dans les interventions sur le rectum et sur les autres organes pelviens. Pour ce chirurgien, la méthode de Kraske est la méthode de choix, et la colotomie, la méthode d'exception, réservée aux cancers trop étendus pour être enlevés en totalité, et cette opération ne serait pas si grave qu'on l'a dit. M. Campbell est donc en désaccord avec les orateurs qui ont pris la parole dernièrement à la Société de Chirurgie.

Il étend la voie sacrée à l'extirpation des utérus cancéreux et même à certains fibromyomes. On peut même, suivant lui, utiliser la méthode de Kraske dans certaines ablations d'annexes.

— Le **traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate par la castration** a fait l'objet d'une communication de M. MAC EWAN.

Ce chirurgien a exprimé l'opinion que, dans la majorité des cas, la castration provoque une atrophie plus ou moins considérable de la glande, atrophie particulièrement rapide s'il s'agit de prostates molles; mais elle peut aussi survenir dans les prostates indurées. L'effet de la castration est surtout favorable quand l'augmentation du volume de la glande est générale. Dans les cas où l'hyperthrophie porte sur un seul lobe, la prostatectomie est préférable à la castration. La cystite, si elle n'est pas trop invétérée, peut être guérie ou du moins améliorée par la castration, tandis que les infections vésicales graves, associées à l'infection septique des reins, bénéficient davantage du drainage de la vessie. Enfin lorsque, après la castration, la miction volontaire ne se rétablit pas, le malade bénéficie pourtant de l'opération, car le cathétérisme est rendu plus facile et inodore.

Dans une discussion qui a suivi la communication de M. Mac Ewan, M. MANSELL MOULIN a dit avoir pratiqué la castration 11 fois avec 3 morts, 6 guérisons et 2 améliorations. Il ne faut pourtant pas délaisser la prostatectomie, dont la mortalité est actuellement bien inférieure à ce qu'elle était autrefois. M. CAMERON a fait la castration chez une vingtaine de malades, avec un seul décès. Deux des opérés ont présenté des troubles mentaux qui disparurent après l'usage de testicules de mouton. M. REGINALD HARRISSON a conseillé, lorsqu'on résèque les canaux déférents, de réséquer le second canal seulement un mois à six semaines après le premier, une résection unilatérale suffisant parfois à faire disparaître les troubles de la miction. M. SOUTHAM, enfin, a soutenu le cathétérisme méthodique pratiqué dès le début, et n'admet l'intervention sanglante que dans des cas très rares.

— Dans les communications médicales, notons celle de M. le Dr A. CALMETTE sur **le venin des serpents et le sérum antivenimeux.**

Il apporte aujourd'hui quelques faits nouveaux relatifs à cette question.

D'abord, contrairement à l'opinion émise par

quelques physiologistes, jusque dans ces derniers temps, il est tout à fait certain que les venins des diverses espèces de serpents produisent des phénomènes physiologiques généraux semblables. Seule, l'action locale de ces venins diffère, et il est possible de séparer artificiellement les substances qui produisent les phénomènes locaux de celles qui provoquent l'intoxication bulbaire. Cette dissociation peut s'effectuer au moyen de la chaleur : si l'on chauffe à 85° pendant quinze minutes un venin quelconque en solution dans l'eau, l'albumine contenue dans ce venin se coagule et les substances phlogogènes sont détruites, tandis que la toxicité du venin lui-même n'est nullement modifiée. MM. Phisalix et Bertaud avaient, avant l'orateur, démontré ce fait pour le venin de vipère de France.

Après chauffage à 85° et filtration, tous les venins, ceux des *vipéridés* comme ceux des colubridés, produisent les mêmes effets. Ils ne diffèrent entre eux que des différences d'activité toxique. Tous sont également détruits par les hypochlorites alcalins et le chlorure d'or.

Tout dernièrement, M. Phisalix a annoncé qu'il avait pu isoler une substance vaccinante en filtrant du venin à travers un filtre Chamberland. Les animaux auxquels cet expérimentateur inoculait du venin filtré ne mouraient pas et se trouvaient vaccinés contre l'inoculation d'une dose mortelle de venin non filtré.

M. Calmette a répété ces expériences avec le plus grand soin, mais les résultats obtenus sont très différents :

Lorsqu'on filtre une solution de venin normal à travers une bougie Chamberland, une grande partie du venin est retenue par la porcelaine, exactement comme cela se produit pour les toxines microbiennes. Il faut, en effet, deux fois et demi plus de venin filtré que de venin non filtré pour tuer les animaux de même poids. Mais si, avant filtration, on prend soin de désalbuminer le venin par la chaleur, on voit que la porcelaine ne retient presque plus de substance toxique. Les animaux sont tués par la même dose de solution avant et après filtration. Il s'ensuit que, très certainement, si le venin non désalbuminé est moins toxique après filtration qu'avant, cela tient à ce que l'albumine adhère à la paroi poreuse du filtre et forme une véritable membrane dialysante, à travers laquelle le venin ne passe que très difficilement.

Les animaux qui ont reçu du venin filtré et qui ne succombent pas, peuvent supporter, quelquefois trois jours après, une dose minima mortelle de venin sans mourir. Ils commencent à se vacciner, exactement comme ceux auxquels on injecte une dose de venin normal inférieure à la dose mortelle.

Il n'y a donc pas lieu de supposer qu'il se produit par le chauffage ou par la filtration du venin, comme l'ont prétendu Phisalix et Bertrand, une dissociation de deux substances, l'une toxique, l'autre vaccinante, qui se trouveraient réunies dans le venin normal. Cette hypothèse ne paraît nullement justifiée, et il est absolument certain que si on inocule à un animal, en quantité insuffisante pour le tuer, du venin chauffé ou du venin filtré dont la toxicité a été amoindrie, cela revient exactement au même que si on lui injectait une dose de venin normal un peu inférieure à celle qui produit la mort. Dans les deux cas, et dans le même temps, l'animal acquiert, par cette inoculation, un état de résistance qui lui permet, au bout de quelques jours, de supporter impunément une quantité de venin capable de tuer d'autres animaux de même poids.

Le sérum des animaux vaccinés contre une espèce de venin très actif, tel que le venin de *cobra capel*, par exemple, est parfaitement antitoxique à l'égard du venin de toutes les autres espèces de serpents, et même à l'égard du venin de scorpions.

Le meilleur procédé pour vacciner les grands animaux destinés à produire du sérum anti-venimeux consiste à leur injecter d'abord des quantités croissantes de venin de cobra, mélangé à des quantités décroissantes d'une solution à 1/60 d'hypochlorite de chaux. On suit attentivement l'état et les variations de poids des animaux, pour espacer les injections s'ils maigrissent. On injecte ensuite des quantités de plus en plus fortes de venin en solution étendue, puis concentrée, et pour que les animaux produisent un sérum actif également sur les substances phlogogènes qui déterminent des actions locales variables, il faut, lorsqu'ils ont déjà acquis une immunité assez solide, leur injecter des venins provenant du plus grand nombre possible d'espèces différentes de serpents.

La durée du traitement est très longue : il faut environ quinze mois avant que le sérum soit suffisamment actif pour pouvoir être utilisé pratiquement.

Le sérum, préparé à l'Institut Pasteur de Lille, est actif au deux cent millième.

Si on injecte ce sérum après le venin, il est assez actif pour que, trente-cinq minutes après l'inoculation d'une dose de venin mortelle en trois à quatre heures, il suffise d'un demi-centième cube de sérum pour empêcher la mort.

Ont été envoyées de grandes quantités de ce sérum, depuis plusieurs mois, dans l'Inde, en Indo-Chine, en Australie et dans les autres pays où les serpents venimeux sont le plus redoutés.

Des observations ont été recueillies : une, des plus concluantes, est relative à un Annamite mordu très

profondément à la main par un cobra capel au laboratoire bactériologique de Saïgon, et qui a été guéri par une seule injection de 10 c. c. de sérum.

Trois autres observations, très complètes aussi, sont dues à l'obligeance du Dr Harskin, directeur du laboratoire bactériologique d'Agra, dans l'Inde, du Dr Macland, de Konakry (Guinée française), et du Dr Gries, de la Martinique.

Ces observations se rapportent, l'une à une morsure de *bungarus cœruleus*, la seconde à une morsure de *naja haje* (serpent cracheur de la côte occidentale d'Afrique), et la troisième à une morsure de *bothrops lanceolatus* (trigonocéphale fer-de-lance de la Martinique).

Dans ces trois cas, le traitement des individus mordus a pu être fait de quinze minutes à une heure après la morsure, et il a consisté en injections de quantités de sérum variant de 10 à 20 centimètres cubes. Les accidents locaux et généraux d'intoxication, gonflement de la région mordue, faiblesse cardiaque, lypothymies, douleurs et engourdissements, étaient déjà très manifestes. Ils se sont dissipés en quelques heures, après l'injection du sérum, et il ne s'est produit aucun phlegmon et aucun autre de ces accidents consécutifs que l'on observe, en général, à la suite des morsures de serpents qui ne sont pas suivies de mort.

Il est donc bien démontré, par l'expérimentation sur les animaux, et par les applications qui ont déjà été faites sur l'homme, que nous possédons, dans le sérum antivenimeux, un remède spécifique très efficace contre les morsures venimeuses.

La seule difficulté consiste à se procurer des quantités suffisantes de venin pour immuniser de grands animaux, tels que les chevaux, qui peuvent fournir beaucoup de sérum.

Actuellement, l'Institut Pasteur de Lille possède assez de venin et un assez grand nombre de chevaux complètement immunisés, pour suffire aux besoins les plus pressants, et le sérum, préparé dans des conditions de pureté absolue, peut se conserver pendant plus d'un an sans rien perdre de ses propriétés curatives.

Dans tous les pays où les serpents font, chaque année, de nombreuses victimes, et particulièrement dans l'Inde, où le nombre annuel des morts par suite de morsures venimeuses s'élève à plus de 22,000, il conviendrait que les gouvernements s'appliquassent à créer des postes de secours médicaux, où toute personne mordue pourrait venir, en l'espace de temps le plus court possible, demander des soins.

M. Calmesse vous demande de vouloir bien profiter de ce que beaucoup de médecins et de savants anglais se trouvent réunis dans ce Congrès, pour émettre un vœu tendant à ce que le gouvernement des Indes réalise cette œuvre humanitaire.

Il a effectué, ces jours derniers, devant la commission du « Royal College of Physicians » de Londres, toute une série d'expériences qui avaient pour but de fixer le degré d'activité du sérum antivenimeux, et de proposer au gouvernement anglais l'adoption d'une méthode de contrôle, simple et rapide, à l'effet d'empêcher, sur le territoire des colonies britanniques, la diffusion, à titre gratuit ou onéreux, de sérums inefficaces.

La Commission a approuvé cette méthode et elle publiera très prochainement un rapport concluant à son adoption.

Cette méthode repose sur la détermination, pour un venin quelconque, de la dose mortelle en vingt minutes par injection intra-veineuse pour un lapin de 1500 grammes environ. Nous choisissons, de préférence, la voie intra-veineuse pour l'injection du venin, parce que cette injection est toujours fatalement mortelle, tandis que, par voie sous-cutanée, certains animaux présentent une résistance extraordinaire et peuvent se rétablir ou ne succomber qu'avec un long retard. La dose mortelle en vingt minutes correspond à une quantité de venin environ quatre fois supérieure à la dose minima capable de donner la mort. Elle représente, pour le venin de cobra, environ 2 milligr. (venin pesé à l'état sec), et pour le crotale, 6 milligr.

Cette dose mortelle en vingt minutes, une fois déterminée pour un venin quelconque, on injecte à deux lapins, par voie intra-veineuse, dans la veine marginale de l'oreille gauche, par exemple, 2 c. c. du sérum à expérimenter.

Si le sérum est suffisamment efficace pour que son activité préventive corresponde à 200,000 environ, d'après la notation de Roux, l'immunité contre la dose de venin mortelle en vingt minutes est instantanément conférée.

On peut donc, quinze minutes après le sérum, injecter dans la veine marginale de l'oreille droite la dose de venin mortelle en vingt minutes pour les témoins. Les lapins qui ont reçu le sérum ne doivent même pas éprouver le moindre malaise.

L'essai d'un sérum antivenimeux peut ainsi être effectué en trente-cinq minutes, et, dès lors, on est fixé immédiatement sur sa valeur thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1896

M. Lucas-Championnière fait une intéressante communication *sur le rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales.* M. Lucas-Championnière rappelle l'opinion généralement admise que l'amaigrissement, en

vidant les orifices fibreux de la graisse qui les comble, peut favoriser la production des hernies. Mais l'accumulation de la graisse lui semble devoir être considérée comme une cause bien plus puissante.

Cette graisse, qui est liquide sur le vivant, force assez facilement les anneaux fibreux ; or elle est réunie au péritoine par des tractus cellulo-fibreux ; elle tend donc à entraîner la séreuse avec elle. En outre, par la place qu'elle occupe dans la cavité abdominale, la graisse sous-péritonéale augmente la pression et tend à chasser les viscères à travers les anneaux. Aussi voit-on des hernies se produire chez des enfants, au moment d'un engraissement trop prononcé

M. Lucas-Championnière recommande donc de lutter contre l'engraissement des jeunes sujets : la gymnastique, un régime alimentaire approprié, la diminution des boissons, la suppression du vin et des liqueurs alcooliques, tels sont les moyens à employer. Il faudra, en outre, éviter la constipation et surveiller les fonctions de la peau et des reins.

Ces précautions devront aussi être prises pour les individus avant subi une opération chirurgicale de l'abdomen; l'engraissement trop prononcé peut amener des éventrations.

Chez les obèses porteurs de hernies, chez lesquels on ne peut songer à une intervention, il faudra aussi recourir à un traitement contre l'obésité; M. Lucas-Championnière a pu ainsi rendre très supportable la présence de hernies chez un certain nombre de tels malades.

— M. DE BRUN, de Beyrouth, ne partage pas l'opinion défendue par M. Zambaco et admet, avec la grande majorité des auteurs qui ont pu étudier les deux affections, que la lèpre et l'aïnhum constituent deux maladies bien distinctes l'une de l'autre. Quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre, quelques rares cas d'aïnhum avec troubles trophiques concomitants, sont les principaux arguments que font valoir les unicistes.

Ces arguments n'ont qu'une valeur médiocre. En effet, d'une part, les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et, d'autre part, ils siègent toujours *aux doigts* et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides indiquant : les unes, une infection plus au moins profonde du sang par le virus lépreux (frissons, frissonnements, sensibilité du malade au froid, douleurs multiples, cachexie, etc.) ; les autres, une localisation de la maladie soit au niveau des nerfs (anesthésie dans ses différents modes, paralysies, atrophies musculaires, grippe, épaississement uniforme ou noueux des nerfs périphériques, troubles trophiques divers, panaris analgésiques, maux perforants, etc.), soit au niveau de la peau (nodosités, éruptions), ou des muqueuses (tubercules lépreux, ulcérations, altération de la cloison, etc.). On a cité, il est vrai, des cas de lèpre localisée, pendant plusieurs années, à un pied ou à une main, mais ces cas sont loin d'être concluants ; et, outre que la lésion n'y a pas revêtu la forme aïnhoïde, la maladie, même dans ces cas, a toujours conservé son caractère infectieux, se traduisant d'une façon discrète, il est vrai, mais cependant appréciable.

Dans l'aïnhum, au contraire, la constriction siège presque toujours *sur le cinquième orteil*, plus rarement sur le quatrième, exceptionnellement sur deux ou trois à la fois, *jamais au niveau des doigts*. Les cas dans lesquels les doigts ont été atteints, décrits sous le nom d'aïnhum indigène, aïnhum congénital, n'appartiennent pas à l'aïnhum, mais font partie du groupe des amputations congénitales. La lésion caractéristique de l'aïnhum débute par un petit sillon au niveau du pli digito-plantaire, sillon qui s'enfonce lentement, régulièrement, avec une inexorable opiniâtreté, et qui, après avoir étranglé circulairement la base de l'orteil, comme ferait une ligature élastique, finit par l'amputer sans s'accompagner d'ulcérations, de plaies, de fissures, d'hémorragie, de suppuration, sans retentissement général, et, le plus souvent, sans autre manifestation locale.

Reste le dernier argument des unicistes, tiré de l'existence, chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits ne prouvent pas l'identité des deux maladies ; ils prouvent simplement que l'agent pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, tout comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres agents infectieux, soit par sa présence même dans la trame nerveuse, soit par les toxines qu'il sécrète, une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques. Aller plus loin serait monopoliser, au profit de la lèpre, un ensemble de symptômes qui ne lui appartiennent pas en propre, qui ne lui appartiennent que quand et *parce que* ses nerfs périphériques sont intéressés, et qui peuvent appartenir également, au même titre et pour les mêmes raisons, à un grand nombre d'affections.

Sans doute, nous ne savons rien encore de l'agent spécifique de l'aïnhum, et il est impossible de dire si la névrite, qui la caractérise, la névrite cause probable de la stricture annulaire, dépend — comme la névrite pellagreuse, comme la névrite alcoolique, comme celle de l'ergotisme — d'une intoxication alimentaire, ou s'il faut y voir l'expression d'une infection bactérienne. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'examen bactériologique fait par M. Le Dantec a été négatif. Or, M. Zambaco, ayant reconnu lui-même que « le bacille de Hansen est incontestable dans la lèpre mutilante pure », il paraît logique d'admettre que, puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'aïnhum, l'aïnhnum ne doit pas être considéré comme une lèpre mutilante.

— M. BROUARDEL a présenté, au cours de la séance, un mémoire de MM. SURMONT et DELVAL sur la *toxicité du genièvre*, et M. JAVAL, dans une communication sur la *dépopulation de la France*, a montré la nécessité d'une loi tendant à protéger les familles nombreuses.

ÉCHOS & NOUVELLES

Nécrologie. — MM. les Drs Baudré (du Neubourg); Damas (de Thiers) ; Leclerc (de Martres-Tolosane); Sacquepée (d'Argueil); Vanner (de Gannat) et Vaulot (de Saint-Dié).

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Deuxième session*)

Tenu a Genève le 1er septembre 1896

Le Congrès international de gynécologie et d'obstétrique s'est ouvert le mardi 1er septembre, sous la présidence de M. Auguste Reverdin.

D'importants travaux y ont été apportés, et nous donnons aujourd'hui les rapports sur la première question du **traitement des suppurations pelviennes.**

Nous regrettons de ne pouvoir donner que les conclusions de M. Bouilly ; mais nous ne saurions trop faire l'éloge du travail qu'il a lu devant le Congrès. Sens clinique, clarté, discussion, s'appuyant sur des faits réellement exposés, tout y est réuni, et la chirurgie française a trouvé en lui un défenseur digne d'elle. Nous allions dire l'hystérectomie française, car la voie vaginale a été soutenue par le chirurgien de Cochin avec une ardeur digne d'un rallié. D'aucuns trouveront peut-être que M. Bouilly lui a fait la part trop belle ; les corapporteurs étrangers semblent être de cet avis. Ce sera une question à discuter plus tard, quand nous aurons eu en mains le compte rendu *in extenso* de la discussion.

Première question

Traitement des suppurations pelviennes.

M. G. Bouilly, rapporteur.

I

Le traitement des suppurations pelviennes ne saurait être utilement institué sans la connaissance préalable, aussi exacte que possible, du siège de la suppuration. De la connaissance de ce siège dépend le choix de la méthode de traitement.

Les abcès pelviens considérés au point de vue de l'intervention chirurgicale peuvent être classés de la façon suivante :

a) Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin ;

b) Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées ;

c) Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées ;

d) Suppurations complexes dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

II

La ponction ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

1. L'incision simple suivie de drainage pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale ;

2. L'ouverture ou l'ablation des poches par la laparotomie ;

3. L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'hystérectomie vaginale préalable avec ou sans morcellement de l'utérus ;

4. On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes : *a*) l'ablation par la voie vaginale de petites collections unilatérales, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé ; *b*) l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la voie abdominale.

III

L'incision simple suivie de drainage représente la méthode de choix :

a) Pour l'ouverture des abcès pelviens aigus d'origine cellulaire. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin ;

b) Pour l'ouverture des collections péritonéales primitives d'origine post-puerpérale, post-abortive ou gonorrhéique, aiguës ou subaiguës, ou consécutives à une infection péritonéale post-opératoire ;

c) Pour l'ouverture des hématocèles suppurées ;

d) Grâce à une meilleure antisepsie vaginale et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des abcès pelviens enkystés siégeant dans les annexes.

Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec effi-

cacité et sécurité que si la poche est unilatérale, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact ou au voisinage de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les suppurations aiguës de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération d'attente donne les meilleurs résultats immédiats et assure la guérison définitive dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croirait *a priori*.

L'insuccès de l'incision vaginale, démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration, ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale.

IV

La laparotomie et l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des suppurations pelviennes ne sont pas des méthodes rivales; elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs avantages.

Les indications de la laparotomie sont dominées par la considération du siège unilatéral des lésions. Quand il s'agit d'une femme jeune, toutes les fois qu'il y a doute sur la bilatéralité des lésions, la laparotomie, qui permet par la vue le contrôle du côté opposé, s'impose comme opération de choix.

Cette considération, surtout très importante quand il s'agit d'affections annexielles non suppurées, perd une partie de sa valeur quand il s'agit de lésions suppurées. Lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer, d'une manière aussi précise que possible, le siège uni ou bilatéral des lésions.

Le doute sur la nature des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine — fera préférer la laparotomie. La question se trouve, du reste, en pareil cas, généralement tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les cas de lésions bilatérales où les indications des deux opérations peuvent être discutées, la situation des poches purulentes par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux devient une source importante d'indications.

La laparotomie peut revendiquer les poches haut situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité, plus abdominales que pelviennes, non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonéales à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce au cours d'une hystérectomie vaginale peut donner lieu à une infection péritonéale aiguë par souillure des anses intestinales au milieu desquelles elles sont situées et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérences organisées.

En dehors de ces restrictions basées sur le siège unilatéral de la lésion, sur l'incertitude de la nature de cette lésion, sur la situation élevée de la poche purulente, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes :

1. Peut faire tout ce que ferait la laparotomie; elle permet d'enlever facilement les trompes suppurées, les petits pyo-salpinx, les ovaires suppurés.

2. Elle permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotonie est impuissante ou trop dangereuse.

Seule elle permet d'ouvrir ou de drainer des collections purulentes incluses dans les annexes fusionnées avec les parties voisines ou circonscrites par des adhérences, séparées de la grande cavité péritonéale par des tractus solides et organisés, véritables processus fibreux, pour lesquels, par la laparotomie, la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse.

Elle représente la méthode de choix dans le traitement des grosses poches adhérentes, non énucléables, compliquées ou non de fistules.

Mieux que toute autre méthode, elle peut guérir les suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée et le plus souvent en communication avec les organes du voisinage.

Dans ces cas, l'opération doit rester presque toujours purement évacuatrice ; l'ablation de l'utérus représente un drainage idéal grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir, en cette circonstance, pratiquer l'extirpation de la poche, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages de sa simplicité et de sa bénignité, et méconnaître un des rôles principaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

V

Les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient plus constituer un argument en faveur de cette méthode ; la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années.

L'avantage reste à l'hystérectomie vaginale, qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des cas simples, l'hystérectomie donne une proportion de succès égale, sinon supérieure, à ceux de la laparotomie; appliquée au traitement des cas graves, elle donne une proportion plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, l'ablation de l'utérus ne peut être considérée comme une quantité négligeable pour assurer le succès immédiat et définitif.

Un certain nombre de laparotomistes en ont aujourd'hui reconnu la nécessité, et pratiquent par la voie abdominale l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus.

Cette ablation, 1° assure un drainage parfait dont l'efficacité merveilleuse est la cause la plus probable de la grande bénignité et de l'extrême simplicité des suites opératoires après l'hystérectomie vaginale;

2° Elle prévient dans l'avenir les troubles dont l'utérus laissé en place peut être l'occasion: douleurs, métrorragies, écoulements purulents, infection persistante ou récidivée du péritoine pelvien, contre lesquels l'hystérectomie vaginale secondaire a été souvent nécessaire.

Aussi, la guérison immédiate est plus rapide, et les résultats éloignés sont meilleurs.

Les troubles généraux consécutifs à la suppression de la fonction menstruelle paraissent moins marqués après la castration utéro-annexielle qu'après la simple ablation des annexes.

En résumé, dans l'immense majorité des cas non justiciables de l'incision simple, l'hystérectomie vaginale représente la méthode par excellence de traitement des suppurations pelviennes, et la laparotomie ne vit plus que de ses contre-indications.

— M. le professeur Sänger (Leipzig), corapporteur, prend ensuite la parole, et voici le résumé des principes généraux de la chirurgie allemande :

1° Il y a lieu de poser une indication rigoureuse pour toute intervention opératoire;

2° L'intervention doit être la plus conservatrice possible;

3° Il faut en outre toujours choisir l'intervention la plus appropriée au cas donné, en se basant pour cela sur le diagnostic bactériologique, clinique et anatomique.

La plupart des gynécologistes rejettent aujourd'hui l'hystérectomie et l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale comme procédé opératoire unique ou de choix, lorsqu'il s'agit des formes de suppuration pelvienne les plus fréquentes et les plus importantes, c'est-à-dire de celles qui prennent naissance dans les annexes. Ils préfèrent à ces deux opérations des procédés plus conservateurs et la voie abdominale.

1° *Le domaine de la ponction* se restreint aux cas invétérés d'abcès encapsulés ou de collections purulentes uniques dans des organes clos. On ne peut espérer le succès que lorsque le pus est stérile.

Il ne faut traiter de cette manière que les cas où le foyer purulent peut être atteint, sans risque de croiser la cavité pelvi-péritonéale.

2° *Le domaine de l'incision* s'étend :

a) Aux cas de foyers purulents *extra-péritonéaux*. Il y a lieu de limiter ce procédé à de véritables collections purulentes. En ce qui concerne les exsudats pelviens phlegmoneux, survenant dans les suites de couches et dont les nombreux restes cicatriciels montrent l'extrême fréquence, il faut attacher la plus grande importance à la prophylaxie et à un traitement commencé aussitôt que possible.

b) Aux cas de foyers purulents *intra-péritonéaux*. On peut donner à cette opération le nom de colpocœliotomie simple (elle sera le plus souvent postérieure).

Le procédé le plus simple consiste dans l'incision du vagin avec le thermocautère et l'ouverture du foyer avec une pince à pansements. Il n'y a pas lieu de faire aucune irrigation, ni de remplir la cavité avec de la gaze immédiatement après l'opération. On ne le fera que plus tard, dans le traitement consécutif post-opératoire.

Afin d'obtenir une ouverture plus grande on peut adjoindre à l'incision précédente l'incision médiane de la paroi postérieure du col ainsi que la résection de l'utérus (Th. Landau).

L'incision est plus particulièrement l'opération de choix dans les collections purulentes chroniques et uniques, qui contiennent un pus le plus souvent stérile; elle peut être éventuellement utile après une cœliotomie purement exploratrice; enfin, on peut aussi y avoir recours dans les cas de suppurations survenant après des opérations radicales vaginales incomplètes.

L'incision est également une opération de choix dans certains cas aigus, tels que les suppurations libres dans le cul-de-sac de Douglas: les hématocèles suppurées. Dans ce dernier cas elle l'est seulement, lorsqu'il y a en même temps des symptômes de péritonite généralisée. S'ils font défaut, il faut lui préférer l'opération de l'hématocèle (presque toujours consécutive à une grosse tubaire) par la cœliotomie.

L'incision large du Douglas et des paramètres, lorsqu'il s'agit de pelvi-péritonite et de paramétrite

septique puerpérale aiguë (Henrotin, Jacobs) n'a pas encore fait ses preuves.

Dans cette question du traitement opératoire des suppurations pelviennes, on peut aujourd'hui opposer à l'hystérectomie (castration utérine de Péan), qui n'est plus regardée actuellement comme la seule et unique opération de choix, et à l'extirpation radicale par la voie vaginale de foyers purulents enkystés, qui n'est pas toujours possible, l'incision par le vagin des cavités de la collection purulente avec conservation de l'utérus. Cette dernière opération est susceptible, dans l'avenir, de perfectionnement, et sa valeur, vis-à-vis des deux premières, est comparable à celle de l'incision d'abcès multiples du rein vis-à-vis de la néphrectomie.

Pour pouvoir contrôler simultanément par les yeux le travail exécuté par le doigt qu'il avait introduit par l'incision vaginale, H.-A. Kelly dut avoir recours à l'ouverture de la cavité abdominale.

c) La cœliotomie est toujours indiquée dans les cas de collections purulentes constituant par leurs dimensions de véritables tumeurs, ainsi que dans les vraies tumeurs suppurées. La cœliotomie, toute simple et le drainage suffisent dans les cas de foyers enkystés, résidus de péritonite purulente (et tuberculeuse), si toutefois l'on ne se voit pas obligé d'enlever les annexes et d'autres organes en état de suppuration.

Il faut extirper entièrement les organes suppurés (tels que grosses poches purulentes provenant des trompes ou des ovaires, des grossesses tubaires ou tubo-abdominales suppurées, etc.). Il ne faut s'en tenir à l'incision simple du foyer, en un ou deux temps, que dans des cas de nécessité absolue.

Un moyen mixte consiste à ouvrir d'abord le foyer, puis à le suturer dans la cavité abdominale, après l'avoir vidé complètement, et à drainer par le vagin (A. Martin).

Les difficultés, pour le choix d'un traitement opératoire dans les affections suppurées des annexes, se sont récemment encore augmentées par le fait du nombre, toujours plus considérable des modes et des procédés opératoires proposés.

Classification des procédés opératoires

I. *Procédés vaginaux.*

a) Colpo-cœliotomie antérieure (Dührssen, A. Martin, etc.).

b) Colpo-cœliotomie postérieure (Atlée, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landeau, Mackenrodt et d'autres).

c) Colpo-cœliotomie antérieure et postérieure (Bode, von Erlach, Gottschalk), combinée avec la salpingo-oophorectomie uni ou bilatérale.

d) Colpo-hystérectomie (castration utérine de Péan).

e) Colpo-hystéro-salpingo-oophorectomie, « opération radicale » par la voie vaginale (Péan, Segond, Dsyen, L. Landau).

II. *Procédés abdominaux.*

a) Cœlio-salpingectomie et cœlio-salpingo-oophorectomie uni ou bilatérale.

b) Cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie totale, « opération radicale abdominale » (Krug, Polk, Delagénière, Schauta, Bardenheuer, etc.).

c) Cœlio-salpingo-oophorectomie bilatérale, combinée avec l'hystérectomio supra vaginale (Zweifel, H.-A. Kelly, Sänger).

III. Hystéro-salpingo-oophorectomie abdomino-vaginale, commencée le plus souvent par la voie vaginale et terminée par la voie abdominale (L. Landau).

IV. Cœliotomie sacrée ou para-sacrée (Hegar, von Hochenegg, Czerny, Schede et d'autres). Cette dernière opération n'est faite que par un petit nombre de chirurgiens et dans des cas restreints.

L'origine des procédés opératoires conservateurs par la voie vaginale et par la voie abdominale réside dans le fait que, l'on a reconnu l'influence nuisible d'une extirpation prématurée des ovaires, ou bien encore d'une extirpation complète de tout l'appareil génital interne, et cela, surtout chez les personnes jeunes.

Le traitement de tous les symptômes qui se produisent à la suite de ces mutilations (cachexia oophoripriva, L. Landau), traitement qui consiste, d'après les principes de Brown-Séquard, dans l'alimentation avec du tissu ovarien animal ou des injections sous-cutanées de suc ovarien, n'en est qu'à sa période d'essai.

Dans tous les cas, il est infiniment préférable de conserver tout ce qui peut être conservé des ovaires et de l'utérus, plutôt que de recourir plus tard à une alimentation avec du tissu ovarien ou utérin, comme on l'a déjà fait.

« *Parce ovario et utero, si possis.* »

Mais, les opérations radicales sont pleinement justifiées dans les cas où la gravité de l'affection exige l'extirpation de la totalité des organes malades.

Il en résulte qu'il faut rejeter d'une manière absolue l'extirpation vaginale d'un utérus normal lorsque cette dernière opération ne doit être qu'un temps préparatoire pour arriver aux annexes. L'inutilité de l'utérus, ou l'utérus regardé comme « une quantité négligeable », sont des dogmes très graves.

L'opération radicale, soit par le vagin, soit par l'abdomen, n'est pas justifiée : dans les salpingites purulentes uni et bilatérales lorsque l'orifice abdo-

minal de la trompe est ouvert; dans les formes légères de salpingites purulentes, d'abcès de l'ovaire, dans les affections chroniques non purulentes des annexes; dans les inflammations chroniques simples de l'utérus (endométrite hyperplastique, e gonorrhoique chronique; périmétrite chronique). Il vaut mieux avoir devant soi un utérus menstruant, même s'il est légèrement malade et s'il a besoin d'un traitement prolongé, que pas d'utérus du tout.

Par contre, l'opération radicale est entièrement justifiée dans les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien, du tissu cellulaire conjonctif du petit bassin, lorsque ces dernières affections coexistent avec une affection grave de l'utérus qui, par elle-même, exigerait l'extirpation de cet organe (myomes, carcinomes, sarcomes, affections bénignes de l'endométrium donnant lieu à des hémorragies profuses, etc.), ou bien dans les cas de propagation à l'utérus d'une affection purulente des annexes, comme aussi dans les cas de tuberculose.

Justement, l'abcès pelvien compliqué, de Landau, c'est-à-dire la combinaison simultanée de suppurations bilatérales de la trompe et de l'ovaire avec des foyers purulents dans la cavité pelvi-péritonéale et dans le tissu conjonctif pelvien, est une grande rareté. Le plus souvent il ne s'agit, même dans les cas graves de pyosalpinx et pyovaire, quo de leur enveloppement par les masses inflammatoires : le plus souvent ce sont des foyers purulents multiples, siégeant dans l'ovaire, qui simulent des suppurations du tissu conjonctif et qui paraissent ne pas siéger entre les ligaments (Pawlik).

L'âge des opérées est aussi à prendre en considération, car il y aura des raisons d'autant plus fortes d'opérer radicalement que la malade est plus rapprochée de la ménopause.

Pour le traitement des suppurations pelviennes et tout spécialement des annexes suppurées, il existe un double désaccord : *a*) dans la question de l'opération radicale elle-même par voie vaginale et de son domaine; *b*) dans la question de l'emploi des pinces au lieu des ligatures.

En comparant pour l'Allemagne la situation actuelle avec celle de 1892, on constate qu'il existe une tendance plus marquée aux opérations radicales, mais la même préférence pour le procédé des ligatures.

La majorité des opérateurs est restée fidèle à la salpingo-oophorectomie par voie abdominale et à l'emploi limité de l'hystérectomie et l'hystéro-salpingo-oophorectomie par voie vaginale et par le procédé des ligatures, tout en rendant hommage au génie de Péan qui, le premier, a appliqué son propre système de forcipressure à l'opération radicale par voie vaginale dans les suppurations pelviennes.

Les principaux reproches que l'on peut faire à l'hystérectomie vaginale et à l'hystéro-salpingo-oophorectomie sont : début de l'opération par l'utérus et non par les annexes malades, impossibilité d'arrêter l'intervention opératoire dans un sens conservateur, l'investigation du champ opératoire ne peut être faite d'une façon complète, d'autres foyers purulents (appendicites) peuvent passer inaperçus, impossibilité absolue dans certains cas d'opérer d'une façon radicale, danger de blesser les organes voisins, spécialement l'intestin, danger d'hémorragie en cas de défaut des pinces, etc.

D'autre part, les inconvénients des pinces sont les suivants : la position désagréable de la malade après l'opération, l'hémorragie consécutive, les lésions des intestins, le danger d'infection par les pédicules atteints de nécrose et, avant tout, la fermeture de la cavité abdominale, fait inévitablement défaut. Il faut cependant remarquer que ce dernier inconvénient n'en est pas un véritable dans les cas de suppurations pelviennes, car la cavité du bassin est généralement séparée de la cavité abdominale générale, et cette large ouverture du pelvis peut à la rigueur faire partie du programme opératoire.

Dans les cas d'affections légères suppurées des annexes, lorsque dans le cours de l'opération on ne rencontre pas de pus et que les poches ne se sont pas ouvertes, on peut tranquillement fermer la cavité péritonéale. Depuis que Kaltenbach et Olshausen ont introduit cette fermeture dans la pratique, nous y attachons une grande importance, et c'est la raison principale pour laquelle les gynécologues allemands donnent la préférence aux procédés par les ligatures.

Il n'en est pas de même lorsque l'opération radicale par voie vaginale est pratiquée comme opération de choix pour les suppurations graves et bilatérales des annexes ou pour les abcès pelviens compliqués, car, dans ces cas, le procédé des pinces est certainement beaucoup plus facile et beaucoup plus commode, et il devient nécessaire de laisser ouverte la cavité pelvienne.

En faveur du maintien de la voie abdominale pour ces opérations, on peut avancer que la technique des opérations abdominales s'est améliorée en même temps que leur danger a diminué, par :

1° L'emploi de l'asepsie;
2° Par la narcose à l'éther;
3° Par la position élevée de Trendelenburg;
4° Par le drainage à la gaze;
5° Par l'amélioration de la fermeture de l'abdomen.

Ce sont ces mêmes raisons qui facilitèrent l'introduction d'une intervention encore plus radicale que l'extirpation vaginale, c'est-à-dire l'opération radi-

cale par voie abdominale. Elle représente le summum de l'intervention radicale et procède, d'une part, de l'extirpation totale de l'utérus myomateux (Bardenheuer, Martin, Krug, Polk, Penrose, Baldy et autres chirurgiens, spécialement américains); d'autre part, du fait qu'après la salpingo-oophorectomie par voie vaginale, l'utérus conserve les pédicules, les ligatures donnant lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux qui peuvent nécessiter une extirpation consécutive de l'utérus par voie vaginale (Chrobak, Schauta).

L'opération a été le plus souvent exécutée par des chirurgiens américains.

L'opération vaginale, peut-être moins radicale que le procédé abdominal, est cependant d'une exécution infiniment plus simple et beaucoup moins dangereuse : elle doit être considérée comme une opération de choix.

La salpingo-oophorectomie bilatérale peut être combinée avec une autre opération abdominale radicale : l'hystérectomie sus-vaginale, ou amputation transversale du corps utérin. C'est H.-A. Kelly qui a le plus souvent pratiqué cette opération dans des cas d'annexite suppurée. Il existe en outre des cas de Bode, Pfannenstiel et de moi-même. Grâce à la ligature continue d'après l'excellente méthode de Zweifel, cette opération ne constitue guère une complication, d'autant plus qu'elle simplifie la formation du moignon des ligaments larges.

Toutes les fois que la conservation n'est pas indiquée, la cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie sus-vaginale sera l'opération radicale la moins dangereuse. On peut même la faire en conservant une partie des ovaires (Zweifel).

Le drainage est indispensable dans les opérations abdominales.

Ses indications sont :

1° Toutes les fois que du pus virulent a contaminé la main de l'opérateur ou une région intacte du ventre;

2° Toutes les fois que l'hémostase n'est pas parfaite, ou qu'il y a eu en même temps écoulement de pus virulent;

3° En cas d'existence de fistule avant l'opération ou de perforation d'intestins, survenue pendant l'opération, ou à craindre dans la suite. Toutes les fois aussi que des fistules ou des perforations ont été occasionnées par la suture. Les sutures et les blessures intestinales ne doivent être opérées que par cœliotomie. Au point de vue technique, on donnera la préférence au drainage par tamponnement, d'après Mikulicz.

Avantages et inconvénients du drainage. — Qu'il soit permis de faire remarquer à Bardenheuer-Bliesener que l'obstruction intestinale n'a jamais été observée, pas plus ici que dans d'autres cas de drainage de Mikulicz.

Le drainage abdomino-vaginal à la gaze, recommandé en outre par Döderlein, ne garantit ni l'écoulement parfait des secrétions, ni l'isolement du reste de la cavité abdominale, à moins qu'une cloison péritonéale n'ait été établie par dessus (von Ott, Zweifel et autres). Il n'est pas suffisant, en cas de blessures intestinale, les matières fécales ne faisant issue qu'au bout de quelques jours. L'établissement d'une ouverture dans le vagin peut présenter des difficultés dans les cas de larges adhérences intestinales au fond du Douglas.

Grâce au drainage, d'après Mikulicz, que Pozzi et d'autres ont également conservé, l'on peut affronter toutes les difficultés d'une opération abdominale; ni l'hémorragie, ni l'écoulement de pus, ni les lésions accidentelles, particulièrement celles de l'intestin, ne sont fatales. L'on peut toujours garantir la vie de la malade, quitte à amener plus tard, sans grande difficulté, la guérison définitive. Le tamponnement supprime les soucis que doit éprouver celui qui a osé fermer le ventre dans des cas de ce genre.

Conclusion. — Les partisans des divers procédés opératoires devraient cesser de prôner le leur comme le seul appréciable ou le meilleur. Il s'agit bien plutôt de déterminer pour chaque cas individuel lequel des procédés en question offre le plus d'avantages.

Que chacun, tout en reconnaissant la valeur d'autres procédés opératoires, tâche de perfectionner le sien, alors le progrès collectif ne fera pas défaut.

Le temps n'est plus où une seule méthode oserait accaparer la vérité pour elle seule.

(A suivre.)

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

TENU A NANCY DU 6 AU 10 AOUT 1896

Suite (1).

M. TALAMON cherche les éléments du pronostic de l'albuminurie :

1° Dans les caractères de l'albuminurie elle-même;

2° Dans la composition du milieu urinaire;

3° Dans les conditions étiologiques et pathogéniques de l'albuminurie;

4° Dans les conditions individuelles et l'état général du sujet atteint;

5° Dans les phénomènes associés ou annexés en rapport sur la lésion rénale.

C'est de l'association et de la comparaison de ces

(1) Voir les nos 33 à 35 de *l'Union médicale*.

données multiples, que l'on peut espérer déduire une appréciation aussi rapprochée que possible des conséquences réelles de la lésion rénale.

1° Une quantité abondante d'albumine est un symptôme grave quand elle coïncide d'une façon permanente avec une polyurie de 2 à 4 litres. Elle indique soit le gros rein blanc amyloïde, soit l'atrophie rouge à marche rapide.

Les albuminuries oscillant autour de 0,50 %, si elles se rencontrent dans une urine dont la constitution est voisine de la normale, n'impliquent aucun pronostic grave pour le moment, l'avenir étant réservé. Mais si l'urine est pâle, de faible densité, pauvre en principes organiques, on est en droit de craindre l'existence d'un rein atrophié.

Dans le cours des néphrites aiguës ou des poussées aiguës du mal de Bright, si la proportion d'albumine reste considérable, bien que la pression et la vitesse du sang aient augmenté, il est certain que l'inflammation glomérulaire continue à évoluer; dans l'intervalle des poussées aiguës, une faible quantité d'albumine est l'indice d'une lésion circonscrite et à peu près stationnaire; une quantité élevée, celui d'une lésion à marche rapidement progressive.

La non-rétractibilité du coagulum albumineux sous l'influence de la chaleur, que Bouchard regardait comme le signe d'une albuminurie dyscrasique sans lésion rénale, tient, le plus souvent, bien plus à la quantité qu'à la qualité de l'albumine. Le milieu chimique dans lequel s'effectue la coagulation influe aussi beaucoup sur son apparence.

Lorsque, en versant de l'acide azotique dans l'urine albumineuse, par le procédé de Gubler, il se forme un disque épais et net d'acide urique au-dessus du disque albumineux, on peut affirmer qu'il n'y a que des lésions rénales peu marquées. Le fait s'observe dans les albuminuries fébriles, dans les albuminuries cardiaques, dans les albuminuries pré-goutteuses.

Il peut arriver qu'avec des urines pâles et de faible densité, l'acide nitrique donne un coagulum albumineux épais, surmontant une zone violette d'indican qui bientôt se diffuse; alors le pronostic est grave et on doit admettre l'existence d'une lésion étendue du rein en même temps qu'une profonde altération de l'état général.

Dans d'autres urines, pâles et peu denses, on obtient, sous l'influence de l'acide nitrique, un disque même d'albumine et, au-dessous, un disque et un cercle roses d'uro-hématine. Cela s'observe aussi bien dans l'albuminurie du rein contracté, dans l'albuminurie sénile, que dans l'albuminurie des adolescents anémiques et névropathes.

Les variations quotidiennes de l'albuminurie ont permis de créer tout un groupe d'albuminuries, que l'on a appelées passagères, intermittentes, cycliques, etc., et que l'on a résumé sous le nom de fonctionnelles, car elles n'indiqueraient pas une lésion du rein. C'est là une erreur et, du reste, les variations dans la quantité de l'albumine se voient aussi dans des cas certains de mal de Bright. L'intermittence tient seulement à la faible quantité de l'albumine; elle disparaît quand cette quantité augmente, comme sous l'influence d'une maladie aiguë.

2° Une forte proportion d'albumine dans une urine pâle, abondante, de faible densité, pauvre en urée, en acide urique et en acides minéraux, comporte un pronostic grave

Une faible proportion d'albumine dans une urine colorée, d'une densité normale ou élevée, peu abondante, riche en urée et en acide urique, est d'un pronostic bénin.

Les variations de l'eau urinaire tiennent le premier rang au point de vue pronostique. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures a toujours la plus grande valeur, et dès que, dans le cours d'une albuminurie chronique, cette quantité diminue, le pronostic devient mauvais. Si la quantité reste au-dessous d'un demi-litre, bien qu'un traitement rationnel ait été institué, des accidents urémiques graves sont imminents.

Le dosage de l'urée donne relativement peu de données pronostiques. Cependant, c'est un bon signe si son élimination demeure normale au cours d'une albuminurie; son abaissement est au contraire de mauvais augure. D'autre part, on n'oubliera pas que cet abaissement peut être l'effet d'un régime lacté longtemps prolongé.

On peut trouver des cylindres hyalins et des globules du sang dans les urines normales. Les cylindres ne peuvent donc servir au diagnostic entre les albuminuries dites fonctionnelles et celles qui dépendent d'une lésion rénale. Cependant, lorsque des cylindres épithéliaux et hémorragiques se montrent en grande quantité dans une urine albumineuse, cela indique une néphrite aiguë diffuse. Les cylindres hyalins existent très nombreux dans l'albuminurie par stase veineux, et ils sont très rares dans l'urine des malades atteints de rein contracté. Les cylindres cireux et granuleux sont d'un mauvais pronostic et se rencontrent dans le gros rein blanc.

Dans les néphrites aiguës, la coloration feuille morte de l'urine est d'un pronostic plus sérieux que la teinte rouge rutilant, rouge franc. Dans le premier cas, le sang en nature passe dans l'urine; dans le second, c'est l'hémoglobine ou plutôt la méthémoglobine qui la colore. Dans les néphrites des maladies aiguës microbiennes: érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, qui guérissent généralement, la teinte rouge rutilante s'observe souvent.

Une albuminurie hémorragique chronique est toujours d'un pronostic grave en dehors de certains cas d'oxalurie; elle se rattache, en effet, soit à la néphrite tuberculeuse, soit à un cancer du rein, soit à une forme subaiguë du mal de Bright qui entraîne la mort en quelques mois.

3° Très souvent les causes d'une albuminurie quelconque sont nombreuses.

Le symptôme peut dépendre d'un simple trouble passager de la fonction du rein, tenir à une gêne dans la circulation rénale (cardiopathies), se produire à l'occasion d'une fièvre, être un épisode d'affections locales aiguës ou chroniques.

Dans d'autres cas, le pronostic que l'on peut porter d'après la cause est plus grave : albuminurie du rein amyloïde, des suppurations prolongées, etc.

Enfin la notion étiologique ne fournit souvent que des données insuffisantes pour le pronostic. Dans les albuminuries toxiques, par exemple, il dépend de la dose du poison, de l'état antérieur du rein, etc.

4° Lorsque l'albuminurie apparaît pour la première fois après cinquante ans, son pronostic est toujours grave : souvent elle indique une atrophie avancée de l'organe; de plus, dans l'âge mûr et la vieillesse, les lésions rénales ne rétrocèdent plus enfin des causes de rupture de l'équilibre entre l'organe lésé et l'organisme, sont alors plus nombreuses et plus actives.

Le rôle de l'hérédité est mal connu. Cependant on peut dire que, dans un grand nombre de cas, les albuminuries dites fonctionnelles de l'adolescence sont des albuminuries héréditaires.

5° L'hypertrophie du cœur et l'induration des artères chez un sujet albuminurique jeune indiquent une lésion rénale avancée. L'hypertrophie du cœur gauche est cependant, lorsqu'elle est modérée, un phénomène utile, car elle maintient l'augmentation de la pression artérielle. Si elle manque en même temps quo l'albuminurie est abondante, le pronostic est mauvais.

Il est inutile d'insister sur la valeur pronostique du coma, des convulsions urémiques. La céphalée, les troubles visuels et auditifs, les crampes musculaires, les démangeaisons, les myalgies, etc., qui constituent le cortège symptomatique de ce qu'on a appelé la petite urémie, ne sont d'un pronostic grave que si on en constate l'existence chez un sujet chroniquement albuminurique, présentant en même temps d'autres signes de profondes lésions rénales. Dans d'autres cas, ces symptômes dépendent simplement d'une névropathie avancée; chez les adolescents, ils accompagnent l'albuminurie pré-goutteuse d'un pronostic bénin.

L'anémie et l'asthénie nerveuse ont une certaine importance. Fréquemment, au moment de l'adolescence, anémie, asthénie et albuminurie coïncident. Chez les neurasthéniques avec anxiété mentale, on observe aussi cette association; il y a alors une petite lésion qui peut parfaitement guérir. La coexistence de l'albuminurie et de l'anémie entraîne un pronostic grave dans la néphrite par aplasie artérielle.

Ce qui domine le pronostic des albuminuries, c'est la crainte du mal de Bright. Pour pouvoir établir les règles du pronostic, il faut d'abord répondre aux deux questions suivantes :

Pendant combien de temps l'albuminurie peut-elle exister chez un sujet sain en apparence, sans déterminer de troubles morbides sérieux? Sur cent albuminuriques, combien aboutissent à un mal de Bright confirmé?

On ne peut, actuellement, donner de réponses absolues, et on doit se contenter de savoir que le mal de Bright peut apparaître à la suite de toutes les albuminuries.

L'albuminurie est constante dans les *maladies fébriles*, si on la recherche systématiquement. Elle n'est pas due à l'élimination des microbes; elle traduit la perturbation apportée par les toxines à l'innervation vaso-motrice du rein. Ce n'est pas la quantité d'albumine, c'est la proportion d'eau sécrétée qui importe au pronostic des maladies fébriles. La constitution de l'albuminurie n'offre pas non plus d'intérêt. La règle est que l'albuminurie pré-fébrile disparaisse complètement avec la fièvre. Mais elle peut persister, s'aggraver, reparaître sous la forme d'un mal de Bright aigu.

Le pronostic de l'albuminurie secondaire des maladies aiguës est nécessairement plus grave que celui de l'albuminurie initiale fébrile. Elle peut guérir, tuer par urémie, aboutir progressivement au mal de Bright. L'albuminurie post-scarlatineuse paraît comporter surtout un pronostic sérieux.

Si l'on veut formuler un pronostic général des albuminuries fébriles, on peut dire qu'à les considérer dans leur ensemble, elles se lient, en général, à un processus aigu, transitoire et rapidement curable. Mais, si toutes peuvent guérir complètement, toutes aussi peuvent persister sous une forme plus ou moins chronique, soit qu'il ne puisse y avoir retour total à l'état normal par suite de l'étendue des régions atteintes, soit qu'il y ait eu réveil d'une lésion préexistante, soit que le passage des toxines rende le rein plus vulnérable.

L'albuminurie cardiaque n'a pas de valeur pronostique propre et n'aggrave pas la maladie primitive. Sa permanence, en dehors des crises d'asystolie, est toujours d'un pronostic sérieux, car elle suppose le développement d'une lésion rénale à marche chronique. Parfois l'oligurie, l'albuminurie, précèdent les

autres signes d'affaiblissement du cœur; c'est une asystolie localisée.

Dans les lésions aortiques, une albuminurie persistante indique soit une défaillance rapide du myocarde, soit la coexistence d'une lésion rénale grave, soit enfin celle d'une néphrite par ischémie artérielle.

Dans une affection cardiaque, l'albuminurie avec hémorragie peut dépendre d'une embolie rénale.

L'albuminurie est très fréquente chez les *saturnins*. Fréquemment, elle est transitoire et intermittente chez les jeunes gens. La lésion rénale, chez les intoxiqués par le plomb, peut, du reste, exister sans albuminurie.

Généralement, les symptômes de l'atrophie rénale n'apparaissent que vers quarante ou cinquante ans. A albuminurie égale, la lésion est d'autant plus grave que l'albuminurie est plus avancée.

L'albuminurie est très fréquente dans la *goutte* et peut se montrer à toutes les périodes de la maladie; elle est passagère, intermittente ou continue.

Au point de vue pronostique, il faut distinguer deux grandes catégories de cas : ceux dans lesquels l'urine est très acide, riche en urée, en acide urique, en principes minéraux; ceux dans lesquels l'urine est pâle, décolorée, abondante, de densité faible, très appauvrie en principes constituants.

Dans le premier groupe, on trouve surtout les uricémiques jeunes et les goutteux à goutte régulière et franche, dont les accès se terminent par résolution complète. On peut appeler cette albuminurie pré-goutteuse quand elle se montre de bonne heure chez des adolescents de descendance goutteuse; dans cette catégorie rentrent la plupart des cas décrits sous le nom d'albuminurie cystique. La lésion rénale, dans ces albuminuries, est peu étendue.

Pour la deuxième catégorie de cas, le pronostic, immédiat ou prochain, est toujours mauvais. C'est l'albuminurie des vieux goutteux ou de ceux chez qui la maladie a pris de bonne heure une allure anormale grave.

L'albuminurie du *diabète* offre, dans la plupart des cas, les allures d'une albuminurie due à une uricémie goutteuse concomitante. D'autres fois, elle dépend d'une lésion cardiaque, d'une tuberculose pulmonaire compliquant le diabète. En dehors de ces cas, l'association de l'albumine et du sucre dans l'urine serait plutôt d'un pronostic favorable, puisqu'elle permettrait de diagnostiquer un diabète goutteux, la forme la moins grave du diabète. Mais il y a des malades chez lesquels il apparait une albuminurie abondante, et alors la situation du patient devient d'autant plus grave que le régime qui convient à l'albuminurie est celui qui est le plus contraire à la glycosurie, et réciproquement.

La substitution de l'albumine au sucre est d'un mauvais pronostic.

Le pronostic des *albuminuries de la grossesse* est complexe; il est commandé par l'éclampsie, qui relève d'une intoxication dont la cause réelle n'est pas une lésion rénale. L'albuminurie de la grossesse n'aboutit à l'éclampsie que dans 1,7 % des cas. Le danger dépend principalement de la compression des uretères par l'utérus gravide, ou de la dégénérescence graisseuse des épithéliums tubulaires, qui agissent surtout pour gêner l'onction ou la sécrétion de l'urine.

L'albuminurie post ou co-éclamptique est une albuminurie nerveuse, intoxique; son pronostic se confond avec celui de l'éclampsie.

L'albuminurie du travail est un phénomène épisodique. Elle est mécanique et dépend de la gêne de la circulation abdominale.

L'albuminurie post-partum, puerpérale, ne mérite même pas le nom d'albuminurie gravidique; c'est une albuminurie infectieuse, fébrile, et son pronostic est le même que celui des autres albuminuries fébriles.

Reste l'albuminurie constatée au cours même de la grossesse, qui, d'après M. Talamon, se rattache toujours à une néphrite évidente ou latente, antérieure à la conception ou à quelque affection accidentelle ou intercurrente, qui aurait aussi bien pu déterminer de l'albuminurie en dehors de toute grossesse.

Le pronostic est alors variable. Tant que l'albuminurie ne dépasse pas 1 gramme par litre, les caractères de l'urine restent normaux; le pronostic immédiat est celui de l'albuminurie minima en général, et il est bénin au moins pour les six premiers mois de la grossesse.

Quand l'albuminurie dépasse 2 %, s'il y a en même temps anasarque, urines rares, de couleur feuille morte ou sanguinolente, le pronostic revêt immédiatement une gravité extrême, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, car, dans plus des trois quarts des cas, on observe l'accouchement prématuré ou l'avortement.

Le rapport de l'albuminurie grave à celui de toutes les albuminuries gravidiques est à peine de 4 %.

L'albuminurie de la grossesse aboutit fréquemment à une néphrite chronique.

Sur *100 tuberculeux* pris au hasard, la moitié au moins présentent de l'albumine dans l'urine. Toutes les causes de l'albuminurie se trouvent en effet réunies chez les tuberculeux, sans parler de la localisation du bacille de Koch sur le rein, ni de la dégénérescence amyloïde des artérioles. Il y a des albuminuries accidentelles et transitoires, comme celle que Teissier a étudiée sous le nom d'albuminurie pré-tu-

berculeuse et qu'il vaudrait mieux appeler albuminurie tuberculeuse prodromique; elle est intermittente, matinale, due à l'action de la tuberculine sur le rein et s'observe surtout chez les jeunes gens. Elle peut guérir ou aboutir à une néphrite grave.

La toxine *syphilitique* détermine des néphrites légères ou graves dès la période secondaire; elles peuvent guérir par le traitement mercuriel, mais le plus souvent, bien que le malade semble revenir à la santé, l'albuminurie persiste. Elle est reliée alors à l'albuminurie syphilitique tardive, dépendant d'une atrophie rénale avec dégénérescence amyloïde et dont le pronostic est assez rapidement fatal. On n'oubliera pas que le traitement mercuriel peut parfois provoquer de l'albuminurie.

L'albuminurie dite *minima* peut s'observer dans toutes les catégories étiologiques que nous venons de passer en revue; son taux oscille autour de 50 ‰. Celle que l'on observe chez les jeunes gens constitue un premier groupe dont le pronostic immédiat est toujours bénin, qu'elle soit alimentaire, fonctionnelle, vasculaire ou nerveuse. Cependant ce peut être là, il ne faut pas l'oublier, la première étape du mal de Bright. On peut diviser les albuminuries minima en : 1° albuminuries post-infectieuses; albuminurie pré-goutteuse; 3° albuminurie héréditaire ou familiale. L'albuminurie des maladies microbiennes disparait généralement en même temps que le processus infectieux, mais parfois elle persiste, ce qui indique que la lésion n'est pas guérie, qu'il y a un trou au filtre pour ainsi dire; il ne s'agit pas là, comme l'a dit M. Bard, d'albuminuries cicatricielles, car si la lésion était cicatrisée il n'y aurait plus d'albumine.

Chez le vieillard, l'albuminurie minima comporte un pronostic très réservé. Elle ne dépend pas toujours d'une atrophie granuleuse des reins, mais parfois de l'athérome généralisé, de l'usure plus ou moins précoce de l'épithélium glomérulaire; le pronostic immédiat est alors plutôt bénin.

Les *albuminuries brightiques*, liées à des désordres profonds, diffuses du rein, sont toujours graves immédiatement. Dans les albuminuries aiguës on doit surtout redouter l'anurie, l'hydropisie permanente et l'intoxication lente dans les albuminuries chroniques.

La guérison est exceptionnelle; elle est cependant possible. Le plus généralement, il n'y a qu'une guérison fonctionnelle, l'albuminurie prend les caractères de l'albuminurie minima, et la santé paraît normale jusqu'au jour où éclatent les signes du petit rein granuleux.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1896

Le maire de Marseille, M. le Dr FLAISSIÈRES, a écrit à l'Académie pour protester contre les critiques formulées précédemment par M. Hervieux, au sujet des mesures prises à Marseille contre les épidémies varioliques.

M. Flaissières déclare que les vaccinations et revaccinations ont été encouragées, que le service gratuit par vaccin de génisse, inauguré le 5 novembre 1895, comptait déjà à la fin de janvier 1896 plus de 51,000 vaccinations ou revaccinations; en un mot, qu'il n'était pas juste de déclarer timides ou insuffisantes les mesures prises.

Mais rien ne prévaut contre l'éloquence des chiffres, et M. HERVIEUX, dans sa réponse à M. Flaissières, l'a bien montré en publiant le tableau de la mortalité variolique de Marseille, de 1872 à 1896 :

1872	125	1885	329
1873	14	1886	2.052
1874	291	1887	59
1875	756	1888	124
1876	24	1889	199
1877	96	1890	548
1878	534	1891	426
1879	504	1892	50
1880	575	1893	79
1881	71	1894	144
1882	150	1895	738
1883	138	1896 (1er trimestre)	358
1884	55		

Ces chiffres montrent évidemment que les mesures à Marseille contre la variole ne sont point encore suffisantes.

— M. CADET DE GASSICOURT a donné lecture du discours prononcé par M. BERGERON aux obsèques de M. Lagneau.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la signification physiologiste de la division cellulaire directe. — Note de MM. E. G. BALBIANI et F. HENNEGUY, présentée par M. GUIGNARD.

Les histologistes ne sont pas actuellement d'accord sur la signification physiologiste de la division cellulaire directe ou amitose. Les uns, avec Flemming, Ziegler, vom Rath, etc., admettent que l'amitose est un phénomène de dégénérescence et que les cellules-filles résultant d'une division directe ne peuvent plus, en général, se diviser. Les autres, avec Lœvit, Verson, Frenzel, Paladino, etc., pensent qu'à côté d'une division directe dégénérative, il en existe une autre régénératrice, à la suite de laquelle les cellules peuvent continuer à se multiplier.

Les observations que nous avons pu faire au cours d'expériences de greffe sur des têtards de grenouille, nous ont donné des résultats très nets qui nous permettent de nous ranger à la seconde opinion.

Si l'on maintient en contact, dans l'air humide, deux fragments de queues de têtards, ou l'extrémité d'une queue avec la partie postérieure d'un têtard préalablement anesthésié, dont on a sectionné une partie de la nageoire caudale, on constate que, au bout d'une heure à une heure et

demie, les fragments rapprochés se sont suffisamment soudés pour ne plus se séparer quand on les replace dans l'eau. Cette soudure est toute superficielle et se fait aux dépens des cellules épithéliales, qui prolifèrent très rapidement.

En examinant la ligne de suture des deux parties greffées soit à l'état vivant, soit immédiatement après l'action d'un fixateur et d'un colorant, soit enfin sur des coupes, on ne trouve aucune cellule en voie de division indirecte, tandis qu'on voit d'assez nombreuses mitoses dans l'épithélium superficiel à une certaine distance de la ligne de suture. La multiplication des cellules est cependant très active en ce point, car elle se traduit, non seulement par la disparition de la fente qui sépare les deux moitiés de la greffe, mais encore par la production de bourgeons épithéliaux, souvent volumineux, qui apparaissent en plusieurs endroits des surfaces de section. Ces bourgeons se forment par une série d'amitoses successives et rapides.

Lorsque, plus tard, la greffe est consolidée et que la circulation s'est rétablie dans la portion de queue soudée à un têtard, on peut retrouver des cellules en voie de division indirecte au point de soudure.

La rapidité avec laquelle se fait la réunion des deux parties greffées, au moyen des cellules épithéliales, permettait de penser que ces cellules devaient se diviser amitotiquement. On sait, en effet, d'après les données de Flemming, Peremeschko, Retzius, que la durée d'une mitose, chez les Amphibiens, est en moyenne de trois heures; or, dans nos observations, déjà, au bout d'une heure, il s'est produit un grand nombre de divisions cellulaires.

On ne peut considérer ici l'amitose comme un phénomène de dégénérescence, puisqu'elle conduit, au contraire, à une régénération et a pour résultat de combler la lacune qui existe entre les parties greffées.

Il nous semble donc démontré qu'une cellule, qui se divise normalement par mitose, peut, dans certaines conditions, lorsqu'elle se multiplie très rapidement, présenter la voie directe comme mode de division, pour reprendre ensuite la voie indirecte.

A côté de l'amitose, qui s'observe dans un grand nombre de cellules âgées, et qui aboutit généralement à une fragmentation du noyau, il faut admettre une amitose proliférative, physiologique, plus rapide que la mitose, et qui paraît suppléer celle-ci lorsque les phénomènes compliqués de la karyokinèse n'ont pas le temps de se produire.

Dépense énergtque des muscles.

M. A. Chauveau. — J'ai démontré que l'énergie employée dans un muscle au travail mécanique, c'est-à-dire au soulèvement des charges, équivaut au travail extérieur lui-même. Mais quand un muscle soulève un poids, il n'a pas seulement à le déplacer, il faut encore qu'il le soutienne pendant son déplacement. Or, l'énergie consacrée à cette œuvre de soutien croît avec le raccourcissement du muscle, exactement comme l'élasticité créée par l'état de raccourcissement. Il s'ensuit que le muscle qui soulève un poids à une hauteur donnée, en partant de son état d'allongement extrême, dépense moins que s'il exécute le même soulèvement en partant d'un état de raccourcissement déjà plus ou moins prononcé. De même, la destruction de ce travail positif entraîne une dépense énergétique moindre dans le premier cas que dans le second, pour le soutien de la charge pendant sa descente.

Je puis apporter aujourd'hui, en faveur de cette proposition, un nouveau témoignage, celui de la dépense énergétique appréciée par les échanges respiratoires. En effet, j'ai constaté expérimentalement : 1° que la dépense énergétique est moins forte, pour un même travail extérieur, quand un muscle agit sous un moindre degré de raccourcissement; 2° que, d'après les échanges respiratoires, tout aussi bien que d'après la valeur de l'échauffement musculaire, la dépense énergétique des muscles s'accroît, pour un même travail mécanique accompli, avec le degré de raccourcissement qu'affectent ces organes lorsqu'ils entrent en travail.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les Drs Coffec, médecin en chef de l'hospice civil de Quimper; Goupil, maire de Ploërmel; Barbé-Guillard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Léhon; Joubert, maire de Saint-Domineuc.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Brassac, directeur du service de santé, et M. le Dr Bodet, médecin en chef, appartenant tous les deux au port de Brest, viennent d'être nommés, par le gouvernement russe, *chevaliers de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.*

— Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été accordées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies qui ont sévi dans les départements d'Alger et de Constantine, en 1893, 1894 et 1895 :

Médaille d'or. — M. le Dr Treille, médecin de la prison civile d'Alger.

Médaille de vermeil. — Mme Roche, sœur à l'hôpital de Mustapha.

Médaille d'argent. — MM. les Drs Chassaigne, médecin de colonisation à Châteaudun-du-Rhumel, et Martin, attaché à l'hôpital civil de Constantine; MM. Goinard, Maurin, Nesmes et Rouquet, internes à l'hôpital civil de Mustapha; Poli, interne à l'hôpital civil de Bône; Mmes Boutibonnes, Damboin, Mordelet et Nunez, sœurs à l'hôpital civil de Mustapha; MM. Ller et Pillet, infirmiers à l'hôpital civil de Mustapha.

Médailles de bronze. — M. le Dr Ammar, médecin suppléant à l'hôpital civil de Bône; M. Avon, interne à l'hôpital de Mustapha; Mme Bouchatou, infirmière à l'hôpital de Mustapha; M. Cabanes, interne à l'hôpital de Mustapha; M. Frojet, infirmier à l'hôpital de Mustapha; M. Galéa, infirmier à l'ambulance de Philippeville; M. Gendron, infirmier à l'hôpital de Mustapha; M. Grimal, infirmier à l'hôpital civil de Bône; M. Guilley, infirmier à l'ambulance de Philippeville; M. Kammleiter, infirmier, à l'hôpital de Mustapha; Mme Kramm, infirmière à l'hôpital de Mustapha; M. Léonard, infirmier à l'hôpital de Mustapha; Mme Martinez, infirmière à l'hôpital civil de Bône; MM. Massot, Moret et Rostol, infirmiers à l'ambulance de Philippeville : M. Parrod, infirmier à l'hôpital de Mustapha; M. Sautard, infirmier-major à l'hôpital civil de Bône; M. Sider, interne à l'hôpital de Mustapha; Mme Sirère, infirmière à l'hôpital de Mustapha; Mme Tenière, en religion sœur Mathilde, attachée à l'hôpital civil de Constantine; MM. Tournier et Trinchant, infirmiers à l'hôpital de Mustapha.

Mentions honorables. — MM. Balavoine, infirmier détaché au lazaret de Constantine; M. Bastien, infirmier à l'ambulance de Jemmapes; Garcia, infirmier à l'hôpital

civil de Bône; M. Graffouillière, infirmier à l'ambulance de Philippeville; M. Hamra, infirmier à l'ambulance de Jemmapes; M. Julia, infirmier au lazaret de Constantine; Mme Le Jeune, sœur hospitalière à l'hôpital civil de Bône.

Quatrième congrès international de dermatologie. — Le quatrième Congrès international de dermatologie et syphiligraphie se tiendra à Paris en 1900. M. Besnier a été élu président du futur Congrès à l'unanimité.

Le professeur Lassar, qui avait proposé Berlin, et le Dr Bulkley, qui avait proposé New-York, ont retiré leur proposition et se sont ralliés au choix de Paris comme siège du Congrès de 1900.

Sur la durée d'action du sérum antidiphtérique. — M. Proust vient de faire au Congrès d'hygiène publique la communication suivante :

« J'ai reçu de M. le préfet de police la lettre suivante :

« Monsieur le professeur,

« J'ai l'honneur de vous communiquer ci-joint une lettre « de M. Lenormand, officier de santé, qui signale la mau- « vaise qualité du sérum antidiphtérique déposé chez les « pharmaciens par suite de la date déjà ancienne de sa « préparation.

« Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire con- « naître votre sentiment à ce sujet.

« Agréez, monsieur le professeur, l'assurance de ma « considération très distinguée. »

« Voici maintenant la lettre de M. Lenormand :

« Monsieur le préfet,

« J'ai l'honneur de vous informer que le jeune M..., de- « meurant chez ses parents, à Paris, est actuellement « atteint de *diphtérie*, et je vous prie de vouloir bien don- « ner des ordres pour qu'il soit procédé à l'enlèvement des « linges et autres objets.

« Je profiterai de la circonstance pour demander à « monsieur le préfet s'il lui serait possible de remédier à « la mauvaise distribution du sérum de Roux, dont on ne « trouve que des flacons ayant deux ou trois mois de date « et partant inutiles, sinon nuisibles. Certains pharma- « ciens affectent même de n'en point vouloir « avoir d'a- « vance ». Cet état de choses est tout à fait préjudiciable à « la situation des enfants malades. Il serait possible, je « crois, de faire chaque mois, à jour fixe, dans un même « quartier, une distribution de sérum frais en remplace- « ment des flacons de date ancienne qui seraient encore « entre les mains des pharmaciens. On éviterait ainsi aux « familles une course toujours longue à la rue Dutot, et « quelquefois même impossible à certaines heures, et de « plus on soulagerait l'enfant au moins trois heures « plus tôt.

« Daignez agréer, monsieur le préfet, l'hommage de « mon profond respect. »

« Pour répondre aux observations de M. Lenormand, je ferai remarquer qu'aujourd'hui il semble bien établi que le sérum antidiphtérique conserve son activité pendant au moins cinq ou six mois.

« C'est donc à tort que le sérum de deux ou trois mois est qualifié de sérum « inutile, sinon nuisible ».

« J'ajouterai que l'Institut Pasteur substitue, *sans aucun frais*, du sérum nouveau au sérum qui semblerait présenter la moindre trace d'altération, le moindre trouble.

« Les pharmaciens ne doivent pas conserver aucun flacon suspect. Ils sont d'ailleurs soumis à l'inspection.

« Enfin, si le Conseil d'Hygiène jugeait utile de réglementer d'une façon plus complète le renouvellement des flacons de sérum, il y aurait lieu de prier M. le préfet de police de saisir de la question M. le ministre de l'intérieur, qui a institué dans son département une Commission spéciale consultative pour l'étude des sérums. »

Chaussures et galoches. — Le général Poilloüe de Saint-Mars, commandant le 12e corps, vient d'adresser aux colonels des régiments placés sous ses ordres, la circulaire suivante :

L'usage du chausson et de la galoche a été réglementé récemment pour tous les régiments d'infanterie ; en proposant et en faisant adopter cette mesure par le ministre de la guerre, j'ai eu surtout pour but principal d'arriver à réaliser la propreté et la netteté des planchers et des chambres.

Toutes les épidémies proviennent de la contamination et de la pourriture des planchers; les soldats rentrent avec des chaussures souillées de boues et d'immondices; les trottoirs ne sont pas faits pour eux. Ils marchent au milieu des rues et des routes dans les ordures et les crottins; le sol des latrines est imprégné d'urine. Ces chaussures sales transportent tous ces germes sur les planchers. On peut à peine les laver. On obtient exceptionnellement de les coltariser et, en réalité, les planchers sont les milieux de culture de tous les microbes et germes infectieux. Le meilleur moyen d'approprier les planchers est de ne pas les salir. Maintenant, grâce aux chaussons et galoches, il est possible d'avoir des planchers propres.

Vous voudrez bien exiger la constitution de chaussons solides, à semelles, servant constamment de pantoufles dans les chambrées; les galoches seront larges et légères. On les placera sur des étagères, à l'entrée des chambres, après les avoir marquées profondément au fer rouge pour éviter les vols et changements. Comme corollaire, les brodequins et souliers de cuir doivent être retirés à la rentrée de l'exercice et des promenades; ils doivent être aussi nettoyés, cirés, graissés, mis en place, quand le soldat est à la caserne.

Cette organisation, si utile pour l'hygiène générale, importe aussi beaucoup pour l'hygiène du pied : plus le pied a de l'air et est à l'aise, mieux il vit et se renforce. Donc on peut avoir maintenant les pieds sains et soignés et les chambres propres, si l'on veut. (*Médecine moderne.*)

Ce que rapportent les médicaments nouveaux à l'Allemagne. — On pourra se faire une idée de ce que rapportent les spécialités pharmaceutique à l'Allemagne, d'après les chiffres suivants :

La Société Hœchter, qui s'occupe spécialement de la fabrication des matières colorantes, a réalisé l'année dernière un bénéfice net de 6,191,475 marcks, c'est-à-dire environ 7,700,000 francs, et elle a distribué à ses actionnaires un dividende de 28 °/o. Ces résultats financiers sont dus en grande partie à l'exploitation du brevet relatif à l'antipyrine.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 37. L'UNION MÉDICALE 12 Septembre 1896.

SOMMAIRE

SUR LE TRAITEMENT

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES

Par L.-Gustave RICHELOT (1)

Il n'est plus permis aujourd'hui de se poser en laparotomiste, en partisan exclusif de la voie vaginale, en admirateur de la simple incision. Dans toute pratique réfléchie et sérieuse, chacune des trois méthodes a sa place ; en repousser une ou seulement la négliger serait abandonner une arme nécessaire et trahir l'intérêt des malades.

C'est dans cet esprit que j'étudierai : 1° les *indications*, en m'attachant à bien marquer la place que doit occuper chaque méthode ; 2° *le manuel opératoire*, non pour décrire une fois de plus ce que tous les chirurgiens ont décrit depuis quelques années, mais pour dégager des descriptions banales et schématiques un petit nombre de principes directeurs qui ne s'inventent pas en un jour, et auxquels ne supplée pas la dextérité.

Classification des suppurations pelviennes. — Elles se divisent en cellulite, salpingo-ovarite purulente, abcès péritonéaux. Pour les comprendre, il faut se rattacher à la conception d'une lymphangite pelvienne, d'où dépendent ces diverses localisations. Il y a partout des vaisseaux lymphatiques, sous la muqueuse, dans les parois utérines; ils abordent le péritoine par tous les points, à la surface de l'utérus et des ligaments larges. La suppuration dans la trompe est plus fréquente que partout ailleurs, avec un péritoine simplement adhérent, l'expérience le prouve ; mais il arrive aussi que la cellulite existe seule, et pourquoi s'étonner que d'autres fois l'inflammation péritonéale domine la scène et évolue malgré l'intégrité des annexes ?

Classification des traitements. — La *voie sus-pubienne* comprend l'incision directe au-dessus de l'arcade et la laparotomie; la *voie vaginale* comprend l'incision directe à travers le cul-de-sac postérieur, la coeliotomie vaginale et l'hystérectomie.

(1) Résumé d'une communication faite au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Genève, le 1er septembre 1896.

Comme l'incision directe d'un foyer purulent au-dessus de l'arcade ne prête guère à la controverse, et que la coeliotomie vaginale ne peut être ici qu'un traitement d'exception, tout l'intérêt se concentre, en somme, sur les trois opérations désormais classiques : l'*incision vaginale*, la *laparotomie*, l'*hystérectomie vaginale*.

Chacune de ces trois méthodes ne s'adapte pas invariablement à chacune des trois localisations de la lymphangite pelvienne. Au contraire, les diverses formes de suppuration peuvent être attaquées et guéries de trois manières. Quelles sont donc les raisons qui doivent inspirer la conduite du chirurgien ?

INCISION VAGINALE DIRECTE

C'est la plus ancienne des trois méthodes. Elle est conservatrice, mais la laparotomie ne l'est pas moins. Elle est plus facile qu'une hystérectomie, mais elle n'est pas « à la portée de tout le monde ». On fait des ponctions blanches, des blessures de l'intestin. Depuis qu'elle a été préconisée avec talent par Laroyenne, en 1886, la question s'est élargie et précisée : nous savons où siège le pus, nous avons observé des lésions multiples, des dispositions inattendues ; enfin, nous avons conquis de nouveaux moyens d'action. Pour que l'incision vaginale reste bonne, il faut limiter son rôle aux indications qu'elle sait remplir.

Une série de faits démontre qu'elle peut être entourée d'écueils :

1° La collection pelvienne paraît quelquefois très simple, en contact immédiat avec la paroi vaginale, bien disposée pour l'incision directe, et cependant, elle en est séparée par d'autres lésions ou d'autres organes : agglomération de kystes séreux, collection séreuse dans un espace péritonéal qui pourra être infecté par le contenu de la trompe, etc. Elle peut être alors dangereuse, ou forcée de manquer son but, l'ouverture de l'abcès, pour s'arrêter en deçà du danger ;

2° Dans d'autres cas, elle rencontre le foyer et l'ouvre directement sans péril, mais la forme de ce foyer est telle que la guérison est impossible et qu'il reste une fistule intarissable ;

3° Certains foyers se ferment et guérissent, mais il survient une récidive, par le réveil du même abcès ou l'évolution d'un autre plus profond. En somme, l'incision vaginale est exposée à laisser après elle,

sinon toujours des abcès, du moins bien des causes d'infection nouvelle et de réveils douloureux. Il faut donc s'attendre à des résultats incomplets, à des rechutes fréquentes.

Mais, d'autre part, elle est pour certains cas l'intervention la meilleure et peut être suivie d'un plein succès. Elle est indiquée surtout dans les cas de suppuration aiguë et récente, et cela parce qu'elle ouvre un foyer de cellulite pelvienne faisant une saillie bien nette au niveau d'un cul-de-sac vaginal, foyer simple et de guérison facile, ou parce qu'elle nous dispense d'ouvrir le péritoine dans les suppurations tubaires très virulentes qui suivent de près l'accouchement, ou parce que, dans la période puerpérale, la friabilité des tissus rend très graves toutes les manières d'extirpation.

Quant au *manuel opératoire*, au lieu du trocart de Laroyenne qui peut toujours, sauf dans les cas très faciles, manquer l'abcès ou faire quelque malheur, il vaut mieux, après avoir incisé en arrière du col, disséquer de proche en proche, et, s'aidant du palper abdominal pour soutenir la tumeur, arriver à son contact et l'effondrer à bon escient. Cela fait, si on veut que la cavité se ferme, il faut la soigner minutieusement. Drainage, lavage, tamponnement doivent être mis à contribution; la femme ne guérit pas toute seule.

LAPAROTOMIE

La laparotomie est depuis longtemps consacrée; il ne s'agit pas de mettre en doute son importance, mais il faut nous demander si elle est, contre les suppurations pelviennes, le dernier mot de la thérapeutique.

Un premier point à examiner, c'est la gravité immédiate. Elle est en relation étroite avec la qualité du pus. Tout va bien avec les pus stériles ou peu septiques, mais si le pus est extrêmement virulent, il y a des opérations très bonnes en apparence où le chirurgien, quoi qu'il fasse, est désarmé. Elle a encore une autre cause : les adhérences intimes avec l'intestin grêle. Celui-ci est une source de gros dangers : infection et mort rapide, ou fistules permanentes qui épuisent la malade et dont le traitement est périlleux.

Un second point, c'est la valeur des opérations incomplètes. Leurs suites ne sont pas brillantes. Nous ne sommes plus au temps où les chirurgiens, heureux de s'être tirés d'affaire, déclaraient que ces « fistulettes » n'avaient pas d'importance et guérissaient en quelques mois. La vérité, c'est qu'elles sont très souvent incurables, et tantôt constituent une déplorable infirmité qu'on retrouve au bout de trois ou quatre années sans grande altération de la santé générale, tantôt s'accompagnent de suppuration abondante, de septicémie chronique, de poussée subaiguë avec dépérissement, par la persistance et l'évolution des lésions qu'on a laissées dans le ventre.

Troisième point : le pronostic thérapeutique, c'est-à-dire la solidité de la guérison après les opérations, même bien terminées. La castration ovarienne bilatérale est encore une opération parcimonieuse, qui laisse un utérus infecté, congestionné, douloureux, et cet inconvénient de laisser l'utérus est en rapport avec l'état pathologique de l'organe et avec le tempérament des malades. La preuve en est, que j'ai été amené souvent à faire l'hystérectomie vaginale secondaire, et que cette opération a toujours achevé la guérison. Sur 41 cas de ce genre, 9 malades avaient subi la laparotomie pour des suppurations pelviennes. Il faut le reconnaître, en somme : l'extirpation des annexes par la voie abdominale ne donne pas toujours de guérison définitive.

C'est ce que semblent avoir compris les chirurgiens qui font depuis quelque temps, l' « hystérectomie abdominale totale ». Je lui fais la même objection qu'à toute laparotomie : comment se défendre contre certains pus virulents? comment se tirer des cas inextricables? Je ne me fie pas aux descriptions sommaires et intéressées.

Je ne me mets, dans cet examen, aucune partialité; car, depuis le commencement de l'année 1895, j'ai fait 48 laparotomies pour annexites suppurées ou non. A part quelques indications spéciales que j'ai suivies chez un petit nombre de malades, ce qui m'a guidé dans le choix de la méthode, c'est que, la femme étant jeune et la lésion bilatérale n'étant pas démontrée, j'avais l'espoir de laisser un ovaire sain. Souvent, à vrai dire, l'espoir a été déçu; pour ne parler que des suppurations, une fois sur deux environ, j'ai dû faire la castration double.

En somme, la laparotomie triomphe toutes les fois qu'il y a des organes à respecter. Telle est son *indication* vraie, qui lui donne encore un assez vaste champ d'action. L'âge de la malade, la certitude ou l'espoir d'une lésion unilatérale, telles sont les raisons qui doivent nous inspirer. Il faut savoir s'exposer à quelques revers thérapeutiques pour ne pas faire bon marché de la fécondité de la femme ni troubler inutilement ses fonctions.

La laparotomie est tellement répandue qu'il serait inutile et prétentieux d'insister beaucoup sur le *manuel opératoire*. Je signalerai cependant : le perfectionnement apporté par l'usage du plan incliné; l'habitude que nous avons maintenant de faire l'antisepsie à sec, pour ainsi dire, et d'éviter les grands lavages du péritoine réservés à des cas très spéciaux; enfin, la manière de faire le tamponnement des

foyers, dont quelques-uns abusent, et que d'autres, se fiant à la capillarité, confectionnent de manière à causer des accidents de rétention, au lieu d'associer à la gaze un tube qui assure le drainage.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Je procéderai, comme je l'ai fait tout à l'heure, en examinant d'abord la gravité immédiate. L'intervention par la voie vaginale a fait ses preuves de bénignité relative. La statistique de mes 569 hystérectomies vaginales donne actuellement une mortalité de 4 1 2 %. Il est bien difficile de se former une opinion d'après les chiffres, quand on n'a pas vu les opérations et suivi les malades. Il appartient à chacun de nous d'examiner en conscience, non seulement le nombre de ses opérations, mais la proportion des cas graves ou désespérés, les suites prochaines, les accidents tardifs.

Sur mes 300 derniers cas — les morts mises à part, — je n'ai pas eu un seul accident opératoire ayant eu quelque suite et méritant d'être noté. Mes malades ont guéri, sans aucune réserve.

Les succès réguliers de l'hystérectomie vaginale entre les mains qui l'ont bien apprise, sont dus aux facilités qu'elle donne pour éviter les deux écueils dont j'ai parlé plus haut : la contamination du péritoine et la blessure de l'intestin grêle. Ici, nous ne sommes pas forcés, comme dans les opérations suspubiennes, d'extirper intégralement les organes pour avoir un bon résultat, et tout autre est la valeur des opérations incomplètes, Les trompes et les ovaires demeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien plutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Après la castration utérine, les poches purulentes reviennent promptement sur elles-mêmes et ne restent pas fistuleuses. Sur un total de 150 suppurations pelviennes, je n'ai fait que 63 fois l'ablation bilatérale intégrale des annexes, et 3 malades seulement, sur ce nombre, ont gardé pendant quelques mois une fistulette insignifiante. Le but auquel nous devons tendre n'en est pas moins l'extirpation complète ; mais il est utile de savoir qu'en thèse générale, après la disparition de l'utérus et l'évacuation du pus, le pansement des organes malades vaut autant que leur suppression.

Je n'ajouterai qu'un mot sur le pronostic thérapeutique. Tout chirurgien dont l'expérience est complète parce qu'il a pratiqué les deux méthodes, sait aujourd'hui que la netteté, la franchise des guérisons est liée pour une grande part à la castration utérine. Et ce qui le démontre bien, c'est le résultat constamment heureux de l'hystérectomie vaginale secondaire.

On voit maintenant comment je conçois les *indications* de l'hystérectomie vaginale. Sauf les cas réservés tout à l'heure à l'incision directe et à la voie abdominale, elle est, par sa bénignité relative et par la sûreté de ses guérisons, la méthode de choix contre les suppurations pelviennes.

Le *manuel opératoire* est délicat; c'est ici qu'il faudrait ouvrir un chapitre, à l'usage de ceux dont l'opinion et la main ne sont pas encore affermies, « sur la manière de réussir une hystérectomie vaginale ».

La vulgarisation de l'hystérectomie contre les suppurations pelviennes repose absolument sur l'usage des pinces. Or, il faut avoir de bons instruments ; les pinces, notamment, doivent être parfaites ; les languettes sont à mors courts et droits ; depuis huit ans je n'en veux pas d'autres, bien qu'on m'attribue encore, dans quelques écrits, la longue pince d'autrefois. Cela dit, je reste un partisan fidèle de la simplicité instrumentale et je n'aime pas les grands attirails. La confiance dans l'opération doit reposer, non sur l'emploi d'un outil ingénieux, mais sur la connaissance approfondie des indications à remplir.

Après les manœuvres de la section utérine ou du morcellement, il s'agit de se préserver contre un double danger : l'infection et l'hémorragie. Rien n'est plus facile que d'attaquer les poches purulentes, de manière à les vider dans le péritoine ; mais c'est le mérite de l'opération de pouvoir presque toujours éviter ce contact, de savoir protéger le ventre avec des éponges pendant que les poches sont ouvertes à leur partie déclive, d'attirer les annexes en les enveloppant de plusieurs doigts, etc. J'ai toujours prêché l'hémostase complète, absolue ; dans les cas très vasculaires, il n'y a pas de déshonneur à laisser quelques pinces de plus. C'est quand je ne vois plus une goutte de sang que je me décide à tamponner la plaie. J'ai connu des malheurs ou des alertes survenus parce qu'on avait passé outre à un léger suintement ; aujourd'hui encore, la manière d'appliquer les pinces est pour quelques-uns une pierre d'achoppement.

Les soins consécutifs ont une importance capitale. Je ne vois pas l'intérêt de la glace sur le ventre, ni du sérum artificiel donné sans distinction à toutes les malades. Mais certains détails plus ou moins méconnus ont une grande part dans les succès et les revers. Le tamponnement de la plaie se fait mieux avec des tampons de coton très lâches qu'avec des mèches de gaze ; en tout cas, il ne doit pas être fait d'un seul bloc, afin que sa partie supérieure puisse rester en place et protéger longtemps le péritoine, pendant que sa partie inférieure se salit et se renouvelle.

C'est une grande imprudence d'ôter les tampons le même jour que les pinces, ou même un ou deux jours plus tard, et surtout de faire aussitôt une in-

jection de sublimé. Les adhérences sont longues à se former ou à devenir solides ; les injections prématurées causent une douleur extrême et un état nerveux alarmant, quelques-unes ont causé la mort. Il faut attendre huit jours avant d'enlever les tampons, qui à ce moment encore n'ont pas d'odeur, et faire les premières injections très douces avec de l'eau bouillie.

Il est bien entendu que j'ai décrit ma pratique personnelle, et que je n'ai pas la prétention de la donner comme le seul modèle à suivre. Chaque main se dirige à sa façon ; mais les principes qui la conduisent ne doivent pas varier, ils sont les mêmes pour tous ceux qui veulent réussir.

J'ai montré mes préférences pour l'hystérectomie vaginale, méthode de choix contre les suppurations pelviennes ; j'ai défini les indications de la laparotomie, méthode de conservation chez les femmes jeunes ; enfin, j'ai limité le rôle de l'incision directe aux cas aigus de la période puerpérale et au traitement de quelques foyers simples. C'est ainsi qu'à mon avis les trois méthodes se subordonnent ; sauf quelques nuances dans leur application, c'est ainsi, je pense, que l'avenir les jugera.

LES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Deuxième session*)

TENU A GENÈVE LE 1er SEPTEMBRE 1896

Traitement des suppurations pelviennes.

SUITE (1).

Voici maintenant, d'après le *Bulletin médical*, le travail de M. HOWARD KELLY, corapporteur.

Pour le traitement opératoire des suppurations pelviennes, quatre méthodes d'interventions sont en présence :

1° Ponction par le vagin ;

2° Traitement opératoire conservateur ;

3° Salpingo-oophorectomie simple ; combinée occasionnellement avec l'amputation d'une corne de l'utérus ;

4° Hystéro-salpingo-oophorectomie.

I. — PONCTION PAR LE VAGIN.

La ponction vaginale devra être essayée de prime abord, avant de recourir à la laparotomie, dans les cas suivants :

1° Lorsqu'il existe des masses inflammatoires compactes, siégeant sur les côtés ou en arrière de l'utérus, qui sont en contact immédiat avec le vagin et sont séparées par des adhérences de la cavité péritonéale ;

2° Pour les cas anciens où il existe un trajet fistuleux s'ouvrant dans le rectum, la vessie ou au niveau de la paroi abdominale antérieure ;

3° Dans les cas d'hydrosalpinx volumineux et lorsque la trompe peut être facilement atteinte par la voie vaginale ;

4° Pour la pelvipéritonite enkystée.

Dans les cas indiqués, on doit préférer cette intervention pour les raisons suivantes :

1° Il ne survient pas après elle de troubles nerveux, comme c'est le cas après l'hystéro-salpingo-oophorectomie ;

2° Les fonctions de la menstruation et de la conception sont conservées ;

3° Guérison rapide, en huit ou dix jours ;

4° Point de danger pour l'intestin, comme c'est le cas pendant l'énucléation difficile d'une tumeur pelvienne adhérente ;

5° Mortalité inférieure, 2 %.

Dangers de l'opération.

1° L'hémorragie ;

2° La perforation du rectum ou de l'intestin (deux cas) ;

3° Péritonite par pénétration du pus dans la cavité abdominale (aucun cas).

La guérison ne sera pas complète dans les cas suivants :

1° Lorsque, en plus de l'abcès, il existe de la cellulite s'étendant aux parois pelviennes, comprimant les troncs nerveux, les vaisseaux et les artères ;

2° Lorsqu'il existe un rétrécissement notable du rectum, dû à la présence de tissu inflammatoire périrectal ; ce rétrécissement persistera après guérison de l'abcès et donnera lieu à des troubles post-opératoires.

Dans quelques cas on se verra obligé de faire une incision exploratrice.

1° Pour se rendre un compte exact de l'état des lésions et examiner si une opération radicale n'est pas nécessaire ;

2° Pour éviter de ponctionner l'intestin, placé quelquefois entre l'abcès et la paroi vaginale ;

3° Pour faciliter l'évacuation complète du pus en guidant l'instrument dans les cavités d'anciens abcès ou dans les poches de pyosalpinx doubles.

La ponction vaginale est surtout indiquée chez les jeunes femmes mariées, ou chez les filles auxquelles

(1) Voir le numéro précédent.

on ne doit pas proposer une opération radicale avant d'avoir essayé tous les traitements conservateurs.

Je puis citer plusieurs cas de ce genre, où on obtint guérison complète sans troubles consécutifs de la menstruation.

Toute opération devra être précédée d'un examen préalable, soigneux, qui permettra de différencier les cas où, avant la ponction vaginale, on doit faire une incision exploratrice, et ceux où la ponction simple suffira.

a) *Laparotomie exploratrice précédant la ponction vaginale.*

1° Désinfection du vagin;

2° Si, après incision exploratrice, le chirurgien se décide pour la ponction vaginale, des assistants secondaires placent le malade en position périnéale, et de cette manière, l'opérateur et ses aides gardent leurs mains désinfectées. L'incision abdominale est recouverte d'une compresse de gaze;

3° L'opérateur devra conserver une de ses mains toute désinfectée, pour le cas où l'exploration bi-manuelle à travers l'incision abdominale deviendrait nécessaire; il devra se désinfecter à nouveau si ces deux mains viennent en contact avec le vagin;

4° Après ponction faite, le premier assistant fermera l'abdomen.

b) *Simple ponction du vagin.*

1° Désinfection du vagin;

2° Choisir l'endroit le plus favorable pour la ponction en évitant soigneusement les artères utérines, les uretères, la vessie;

3° Introduire l'index ou des ciseaux dans la poche purulente et élargir l'ouverture;

4° Employer même, si c'est nécessaire, de gros dilatateurs utérins;

5° Laver la poche à la solution salée physiologique, sauf s'il y a lieu de supposer une communication avec la cavité péritonéale;

6° Drainage.

Soins consécutifs.

1° Laisser le drain cinq jours, en irrigant la cavité avec une faible solution boriquée ou de peroxyde d'hydrogène, et en employant un irrigateur à canule en verre;

2° Changer le drain ou la gaze après cinq jours; les enlever définitivement après trois autres jours;

3° Faire deux fois par jour des irrigations vaginales avec la solution boriquée jusqu'à cessation de tout écoulement;

4° La malade se lèvera le huitième jour, si la convalescence suit son cours normal, sinon exiger quinze jours de lit.

Observations cliniques des cas.

1° Parfois température élevée pendant les premiers jours après la ponction, due probablement à la résorption de matière septique;

2° Retour de la température à la normale du troisième au dixième jour;

3° Nouvelle élévation de la température si l'ouverture de la ponction se ferme trop tôt;

4° Le trajet fistuleux se ferme d'habitude du dixième au vingtième jour; il reste rarement ouvert;

5° Dans les cas de longue durée, lorsqu'il existe un trajet fistuleux communiquant avec le rectum, la vessie ou la paroi abdominale antérieure, il faudra souvent maintenir la fistule vaginale ouverte pendant deux à trois mois, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'ancien trajet fistuleux soit fermé.

Statistique.

Guérisons complètes	15 cas.
— partielles	9 »
Non guéries	4 »
Revenues pour une deuxième ou troisième ponction vaginale	5 »
Revenues pour l'incision d'une appendicite suppurée	1 »
Opération radicale consécutive	3 »
Non revue	1 »
Morte	1 »

État des organes pelviens après guérison des malades.

Dans quelques cas, disparition des adhérences, persistance d'une forte induration dans d'autres.

II. — Traitement opératoire conservateur.

Il comprendra tantôt la libération des trompes purulentes de leurs adhérences, et ponction à travers le cul-de-sac après les avoir rapprochées du vagin; tantôt l'ablation d'une trompe ou d'un ovaire d'un seul côté.

III. — Salpingo-oophorectomie simple ou combinée avec amputation d'une corne utérine.

Elle devra être réservée aux cas de simple pyosalpinx et aux cas de simple pyosalpinx avec foyer purulent isolé dans la corne utérine.

IV. — Hystéro-salpingo-oophorectomie.

Indications :

1° Pyosalpinx double simple, inaccessible par ponction vaginale;

2° Pyosalpinx double adhérent, accompagné de métrite et endométrite purulentes;

3° Abcès pelviens accompagnés d'appendicite;

4° Abcès pelviens compliqués d'adhérences comprimant l'intestin grêle;

5° Abcès pelviens avec trajet fistuleux aboutissant à la courbure sigmoïde ou à l'intestin grêle ;

6° Abcès pelviens accompagnés de myomes.

Méthode opératoire de l'hystéro-salpingo-oophorectomie en opérant de gauche à droite, ou vice versa.

Avantages de cette manière d'opérer :

1° Grande facilité ;

2° On se rend compte facilement de l'état des lésions ;

3° On enlève les tumeurs facilement en les attaquant par le côté où elles sont le moins adhérentes ;

4° Pincement et ligatures faciles des vaisseaux ;

5° Le drainage par l'abdomen n'est pas nécessaire ;

6° Absence de résidus post-opératoires, adhérences, obstruction intestinale, péritonites.

Méthode de drainage à travers le pédicule utérin.

Dilatation du canal cervical et introduction de gaze depuis l'abdomen dans le vagin, à travers le col. On suture le péritoine en surjet par-dessus le pédicule utérin.

Suites opératoires.

1° Pas de shock ;

2° Convalescence rapide ;

3° Guérison du seizième au vingt et unième jour ;

4° Absence de fistules urinaires ou rectales ;

5° Dans un seul cas prolapsus du pédicule cervical ;

6° Absence d'hernie, si l'on suture la paroi abdominale au fil d'argent.

***

M. Hartmann (de Paris) a donné sa statistique et a conclu à peu près en ces termes :

Aussi continuons-nous à regarder la voie abdominale comme celle qui convient au plus grand nombre de cas.

La simple *incision vaginale* nous semble applicable aux collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur et aux foyers suppurés manifestement unilatéraux et pas trop haut situés.

L'*hystérectomie vaginale* est formellement indiquée dans les cas rares de suppuration pelvienne avec foyers multiples et gangue immobilisant complètement l'utérus. L'opération n'est pas idéale, mais est moins grave qu'une autre. C'est, en somme, une ouverture large de foyers sans ablation des poches, qu'on cherche simplement à crever, si elles ne l'ont pas été au cours même de l'hystérectomie qui est alors faite par morcellement.

L'hystérectomie vaginale nous semble admissible dans les lésions bilatérales évidentes de moyen volume.

Pour toutes les grosses tumeurs, pour les lésions haut situées, comme pour tous les cas où il n'y a pas certitude absolue de lésion bilatérale incurable, nous lui préférons la *voie abdominale*, quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus par l'abdomen, lorsque cet organe est gros, suppurant et friable.

Nous n'avons jamais eu recours à la colpotomie antérieure des Allemands, qui n'a rien pour nous tenter. Quant à l'ignipuncture des ovaires scléro-kystiques, elle ne nous a pas donné ce que nous en attendions. Le plus souvent, du reste, il s'agit, en pareil cas, de nerveuses qui ont des douleurs multiples et nous paraissent justiciables d'un traitement général plus que d'une intervention opératoire.

M. Péan a fait une longue communication et a donné les résultats thérapeutiques de ses hystérectomies dans les suppurations pelviennes.

M. Doyen (de Reims) a attaqué M. Péan sur la priorité qui lui est donnée dans le traitement des suppurations annexielles par l'hytérectomie vaginale, et réclame pour lui cette priorité. — C'est là un terrain sur lequel nous ne pouvons suivre les deux orateurs.

M. Delagénière (du Mans) a fait l'hystérectomie abdominale pour des suppurations pelviennes et donne l'analyse des huit observations qu'il possède.

M. P. Reynier (de Paris). — Je suis partisan d'aborder par la voie abdominale les suppurations pelviennes dans un très grand nombre de cas et non pas dans tous. C'est qu'en effet les cas ne sont pas comparables. Pouvons-nous mettre en parallèle des suppurations, suites de l'état puerpéral, avec des pyosalpinx tuberculeux ou blennoragiques? Les pyosalpinx sont-ils comparables, comme gravité, avec les pyosalpingo-ovarites? Les phlegmons du ligament large, les pelvi-péritonites, les hématocèles suppurées ne sont-ils pas des suppurations ayant chacune leur physionomie spéciale?

Ne faut-il pas encore distinguer les inflammations suivant leur ancienneté, leurs complications? Ne savons-nous pas que la virulence de certaines suppurations peut s'atténuer avec le temps, tandis qu'au début elle est très exaltée?

Enfin, en présence d'un abcès péri-utérin ouvert dans le rectum, raisonnons-nous de même qu'en présence d'une collection bien limitée et présentant peu d'adhérences?

Ne doit-on pas tenir compte encore de l'unitéralité de la lésion et de l'âge de la femme à laquelle on doit faire subir une si grave mutilation? Comment, devant la diversité de ces lésions, pouvons-nous donc penser qu'il n'existe qu'un seul mode d'intervention?

Évidemment, ce qu'il importe ici, ce n'est pas de

venir vanter telle ou telle opération, mais plutôt d'établir les indications et les contre-indications de ces opérations.

Ces indications, je les tirerai de ma pratique personnelle.

Je suis intervenu dans 212 cas de suppurations pelviennes. Ces 212 interventions se décomposent ainsi :

4 fois, j'ai fait l'ouverture de la poche purulente par la voie inguinale et la voie sous-péritonéale. J'ai eu 4 guérisons.

100 fois, je suis intervenu par la voie abdominale; j'ai eu 8 morts, 6 de péritonite, 1 par choc et 1 autre par hémorragie.

52 fois, j'ai fait l'hystérectomie vaginale, et j'ai eu 6 morts, 1 d'hémorragie, 1 de choc, 2 par occlusion intestinale, 2 de péritonite.

46 fois, j'ai fait l'ouverture et le drainage de la collection purulente par le cul-de-sac postérieur; je n'ai eu aucune mort, mais j'ai été obligé de faire 9 fois l'hystérectomie consécutive, et 4 fois la laparotomie.

Je suis arrivé à me convaincre que presque toutes les suppurations pelviennes peuvent être abordées par la laparotomie. Nous avons des procédés de drainage pour lutter contre la contamination du péritoine, qui nous rendent la laparotomie bien moins à craindre que le disent les hystérectomistes à outrance.

Toutefois, j'ai reconnu que dans certaines formes de paramétrite dans lesquelles l'utérus est immobilisé, perdu, la laparotomie est plus périlleuse que l'hystérectomie. Je ne suis intervenu par l'hystérectomie, que dans les cas très graves. Aussi, mes résultats peuvent paraître moins bons que ceux de certaines statistiques.

J'ai pratiqué souvent des incisions du cul-de-sac postérieur pour collections purulentes, mais cette opération est souvent inefficace. En somme, dans ces dernières années, ma conduite vis-à-vis des suppurations pelviennes s'est peu à peu modifiée.

En présence d'une femme jeune, ayant des symptômes d'infection récente, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Si, malgré cette incision, le pus s'écoule mal, je complète par une hystérectomie ou par une laparotomie, suivant les cas.

J'ai fait l'hystérectomie primitive dans les cas d'abcès utérins, ouverts dans une cavité voisine, dans les salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite; enfin, dans les utérus fibromateux, compliqués de suppuration pelvienne.

En dehors de ces cas, je reste toujours plutôt disposé à intervenir par la laparotomie, car la laparotomie seule permet de faire une opération complète, de limiter son intervention et d'arriver, s'il se peut, à un résultat définitif. *(A suivre.)*

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

TENU A NANCY DU 6 AU 10 AOUT 1896

Suite et fin (1).

M. TEISSIER a d'abord fait remarquer que l'on est à peu près fixé sur le pronostic des néphrites chroniques vulgaires, quelle que soit leur forme anatomique. Ce pronostic est subordonné au degré de la perméabilité rénale que la recherche de la toxicité nous permet d'apprécier, et au degré de la résistance du cœur dont l'auscultation et les caractères du rythme donnent approximativement la mesure. Les modifications évolutives du bruit de galop ont une valeur séméiotique de premier ordre. La recherche du coefficient d'oxydation renseigne aussi sur le degré d'activité des échanges intra-organiques; enfin l'étude des antécédents héréditaires guide dans le pronostic des complications.

La valeur séméiologique des albuminuries cycliques, fonctionnelles, minima, est encore en discussion. Cliniquement, cependant, il est impossible de ne pas maintenir la classe des albuminuries fonctionnelles, c'est-à-dire existant sans lésions rénales sérieuses. Du reste, ces lésions sont possibles mais encore hypothétiques, puisqu'aucune autopsie n'a permis de les étudier. On ne peut appeler brihgtique ou affirmer qu'il est destiné à le devenir un ataxique qui rend de l'albumine chaque fois qu'il est soumis à la suspension, et seulement dans ce cas.

Il y a certainement des albuminuriques qui ne deviendront pas des brightiques, et il faut placer au premier rang les jeunes gens atteints d'*albuminurie intermittente*. Il faut distinguer dans ce groupe d'albuminuries : l'albuminurie minima de Lécorché et Talamon, les albuminuries résiduales survivant aux néphrites des maladies infectieuses, l'albuminurie à cycle matinal, fréquente dans le rétrécissement urétral et due probablement à la dilatation des cavités droites qui se produit physiologiquement pendant le sommeil, et surtout l'intermittente diurne des jeunes gens de souche arthritique, et l'albuminurie prétuberculeuse à cycle matinal qui disparaît au moment des manifestations vésicales de la maladie. Cette albuminurie est loin d'avoir toujours un pronostic bénin, comme on l'a fait dire à M. Teissier, puisqu'elle indique l'imprégnation de

(1) Voir les n[os] 33 à 36 de l'*Union médicale*.

l'organisme par la tuberculine et précède une poussée de granulée. Mais cette albuminurie, au début, ne prépare pas une néphrite ultérieure. Quelquefois l'albuminurie disparaît sans que les lésions vésicales de la tuberculose se produisent ; il y a peut-être alors immunisation due à l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine.

M. Teissier a affirmé nettement la bénignité intrinsèque de l'albuminurie cyclique type diurne. Le malade qui en est affecté n'est pas plus prédisposé à faire à l'âge mûr de la néphrite goutteuse que tout autre sujet issu de la famille arthritique.

M. Teissier a réuni 28 cas de cette forme d'albuminurie, 24 malades en sont débarrassés, 4 ont eu un retour passager. Parmi les sujets, se trouvaient 4 jeunes filles, aujourd'hui mariées et mères. Une seule a vu l'albuminurie reparaître pendant la grossesse, pas une n'a eu de crise éclamptique.

Le syndrome de Pavy est donc quelque chose de spécial. Il ne s'agit pas là d'albuminurie chez des gens bien portants, puisque les sujets sont des uricémiques ; mais ce n'est pas là non plus l'albuminurie minima de M. Talamon, ni l'albuminurie résiduale. Le cyclique se différencie du brightique par le cycle diurne, précédé d'élimination considérable de matières colorantes, et suivi d'uraturie et d'azoturie, par l'hypotension artérielle momentanée, et l'augmentation constante de la toxicité urinaire. Les malades peuvent devenir brightiques, mais pas plus fréquemment que les autres goutteux.

L'albuminurie existe, dans le diabète, dans 64 % des cas. Il faut la diviser en : 1° albuminurie alternant avec la glycosurie (20 %) ; 2° albuminurie concomitante (40 %) ; 3° albuminurie substitutive (40 %). Ce dernier pourcentage était inférieur à la réalité, beaucoup des cas du deuxième groupe évoluant vers le troisième.

L'albuminurie alternante se voit chez les diabétiques obèses et goutteux ; légère, elle dépend souvent du régime, de la suralimentation azotée ; elle ne prédispose pas à la néphrite, à la tuberculose, à la cataracte.

La moitié des malades atteints d'albuminurie concomitante deviennent des brightiques (néphrite interstitielle, lésion d'Armoni). Il faut poser le pronostic d'après l'état du cœur et de la tension artérielle, les caractères des urines, les troubles dus à l'auto-intoxication d'origine rénale. Quand il y a perte du réflexe papillaire, le cas est plus sérieux.

L'albuminurie substitutive est la néphrite interstitielle avec urémie rapide.

Actuellement, on refuse, dans les assurances, des sujets atteints d'albuminurie cyclique, et on déconseille parfois le mariage dans ces cas. C'est là une sévérité exagérée. Dans les albuminuries à minima, résiduales, il y a eu néphrite, et il reste une épine susceptible de se réveiller. Cependant, si l'albuminurie persistante n'est influencée ni par le régime, ni par l'exercice, si le cœur est normal, on peut accepter les sujets au service militaire, leur permettre de se marier.

L'albuminurie matutinale indique un rétrécissement mitral latent ou une tuberculose imminente ; les plus grandes réserves s'imposent donc, tandis qu'on peut être très large dans l'albuminurie cyclique type Pavy et l'albuminurie passagère des gens bien portants, surtout quand il n'y a pas de brightiques dans les ascendants.

— M. Cassaet (de Bordeaux) a aussi répondu aux rapporteurs. Avant d'étudier la valeur relative des principaux signes pronostics de l'albuminurie, a-t-il dit, il est nécessaire de se rappeler que si le rein est un filtre, il est aussi un filtre électif, c'est-à-dire qu'il élimine certaines substances avec une rapidité plus grande que ne le comporterait le titre de leur solution dans le sérum sanguin. Tout le monde connaît l'élimination spécifique de l'urée au regard de l'eau, l'urée se trouvant dans l'urine en proportion cinquante-deux fois plus forte que dans le sang.

Ceci étant posé, la proposition, aussi séduisante qu'originale, de M. Arnozan, à savoir qu'une inflammation préalable de l'épithélium est nécessaire pour qu'il y ait albuminurie, paraît trop absolue. L'expérimentation a prouvé, en effet, que l'injection intraveineuse d'albumine du blanc d'œuf est bientôt suivie d'albuminurie de même nature. Ces résultats sont applicables à la pathologie humaine. Il est prouvé, en effet, que les albuminoïdes divers ne se différencient que par leur groupement moléculaire, de sorte qu'il est difficile d'isoler certains d'entre eux qui se trouvent transitoirement dans le sang, au titre de substance anormale, et pour lesquels il n'est aucune certitude qu'ils ne puissent être éliminés par simple filtration.

La quantité d'eau urinaire est-elle toujours un facteur certain de pronostic, comme le veut M. Talamon ? Le fait n'est pas prouvé davantage, au moins au droit de l'albuminurie. Une question préalable devrait être élucidée, en effet : si le rein est dans certaines circonstances un simple filtre pour l'albumine, n'est-il pas un filtre électif pour elle quand elle est étrangère au sérum normal, ou bien celle-ci s'élimine-t-elle proportionnellement à sa teneur dans ce sérum ? Tant que ce facteur ne sera pas établi d'une manière sûre, on ne pourra savoir si, dans tel cas, vis-à-vis d'une certaine quantité d'eau, une plus ou moins grande quantité d'albumine est importante. La proposition pourrait être renversée.

La question de congénitalité est bien certaine, et la

reconnaissance d'une lésion rénale ayant entraîné la mort chez les ascendants ne doit pas être négligée, puisque sur cinq fœtus de mère éclamptique, morts peu de temps après l'accouchement, il existait cinq fois des lésions identiques à celles de la mère. Dans ces cinq cas, elles frappaient le foie au même titre que le rein.

— M. Carrieu a préconisé l'emploi des bains d'air chaud dans le traitement des albuminuries. Ils sont préférables aux bains de vapeur, qui ont de nombreux inconvénients (congestions, sudation irrégulière) et aux bains chauds, qui ne produisent pas de sudation.

La peau est, en effet, un émonctoire important par lequel s'éliminent bien des matériaux solides et beaucoup de toxines. La sudation produite par le bain d'air chaud soulage donc le rein en dirigeant vers une autre voie une partie des principes qu'il doit éliminer et qui viendraient l'encombrer.

De plus, l'application de la chaleur au tégument externe a pour effet de régulariser les échanges, tout comme les autres excitations (frictions à la brosse, au gant de crin), et les albuminuriques sont souvent des malades chez lesquels les combustions se font mal, sont déviés du type normal.

Le bain d'air chaud remplira deux indications capitales : il allégera le rein par la sudation abondante et régularisera les échanges organiques.

La façon de donner ce bain est des plus simples : un lit d'hôpital avec cerceau pour soutenir les couvertures, un fourneau à alcool avec tuyau se rendant sous les couvertures, en font les frais. Le malade est mis dans le lit, la tête hors des couvertures, pouvant ainsi respirer à l'air libre, et on le laisse dans un air chauffé à 40° durant vingt minutes. Cette opération est répétée tous les quatre jours en moyenne.

Les effets physiologiques immédiats sont : une sensation de chaleur nullement désagréable, une sudation abondante, accompagnée d'accélération du pouls (20 pulsations de plus en moyenne) et d'élévation thermique (1° à 2°). La respiration n'est nullement embarrassée, le malade respirant à l'air libre. Il n'y a aucun accident, sauf quelques palpitations et de la céphalée dans les premières séances. Ces effets sur la température, la sueur et le pouls, persistent une heure après le bain.

Les effets thérapeutiques se manifestent par la modification des urines :

La quantité diminue le lendemain du jour du bain; le surlendemain, de la polyurie passagère apparaît (jusqu'à 4,000 cc.).

La densité suit une marche inverse, fait à prévoir. L'urée ne subit guère de modifications.

Le taux de l'albumine diminue fortement de quantité le lendemain du bain et augmente plus tard, mais sans revenir au chiffre antérieur, ce qui produit peu à peu une diminution persistante et même la disparition complète.

Les bains d'air chaud sont indiqués dans les cas de néphrite subaiguë et chronique épithéliale, proscrits au contraire dans les formes vasculo-conjonctives.

Ils sont contre-indiqués lorsqu'il coexiste de l'artério-sclérose, du nervosisme ou des lésions dermatoses.

— M. Schmidt (de Nancy) a observé des cas de nucléo-albuminurie pure chez des enfants bien portants, de neuf à quinze ans, n'ayant jamais eu de maladie infectieuse, ne présentant aucun antécédent néphrétique; cette nucléo-albuminurie (de moins de 50 c. à 4-5 °/₀ et même plus) était intermittente, diurne, non influencée par la marche, les exercices, etc. M. Schmidt a aussi observé la nucléo-albuminurie chez des épileptiques, des femmes avec accidents nerveux et génitaux. Le symptôme dépendrait d'une modification de la masse sanguine, relevant elle-même de troubles de la nutrition générale.

— M. Barthélemy a appelé l'attention sur l'albuminurie de la blenorrhagie. Il n'admet pas qu'il y ait d'albuminurie due au mercure.

— Pour M. Garnier, la nucléo-albuminurie est un élément constituant éventuel de l'urine normale, qui n'en renferme que des traces ; sa proportion augmente beaucoup dans des conditions qui ne sont pas toutes pathologiques. Elle n'est pas coagulée par la chaleur seule, mais par l'addition d'acide acétique en légers excès dans l'urine, dilué avec deux ou trois volumes d'eau ; c'est l'ancienne mucine urinaire. Le trouble disparaît par l'addition de l'acide chlorhydrique et de la potasse. La nucléo-albumine serait produite par la diminution psychologique des épithéliums tubulaires du rein.

CONGRÈS DIVERS

Nous avons donné en détail les trois grandes questions traitées au Congrès de Nancy. Nous nous bornerons maintenant à résumer rapidement, en les groupant par sujets, les travaux des différents Congrès médicaux qui viennent d'avoir lieu.

I. — Syphilis.

La réinfection syphilitique, tel est le titre de la première question traitée au Congrès de Dermatologie de Londres.

Peut-il y avoir réinfection ? MM. Cotterell et Cooper, qui ont pris les premiers la parole, admettent qu'elle est possible. La guérison de la syphilis par

le mercure est démontrée pour eux, par cela même que la réinfection se produit quelquefois. Enfin, généralement, la syphilis héréditaire confère l'immunité, mais il y a des exceptions. Rien de neuf, comme l'on voit, et pas d'observations intéressantes.

Pour M. Fitzgibbon, la syphilis suit un cours déterminé pendant lequel elle puise, dans l'organisme du malade, les éléments dont son virus se nourrit. Comme dans la variole, la vaccine, après une première attaque, il y a une période pendant laquelle la réinfection ne peut se produire. La guérison complète s'effectue dans une période de trois ans, et après cette époque, l'individu ne montre plus aucun indice de la maladie, soit dans sa personne, soit dans celle de ses descendants. La deuxième infection peut alors se produire. Heureux les malades de M. Fitzgibbon, s'ils guérissent dans l'espace de trois ans ; sur le continent, nous assistons rarement à de pareils succès. Pour notre confrère de Dublin, la réinfection est due à une source impure, septique, aussi la seconde atteinte est-elle souvent beaucoup plus grave que la première ; elle peut se terminer par la mort.

M. Ogilvie a rapporté un cas net de réinfection syphilitique, ce qui vaut mieux que toutes les discussions théoriques. Le malade dont il s'agit est un medecin qui contracta un chancre en 1876. Ce chancre présenta tous les caractères d'un chancre induré, et s'accompagna d'une adénopathie inguinale et d'une adénopathie épitrochléenne. Traitement local ordinaire, puis frictions mercurielles. Bientôt, roséole, plaques muqueuses, gonflement des ganglions cervicaux. Tous les médecins qui virent le patient portèrent le diagnostic de syphilis. Après 40 frictions, l'éruption disparut. La femme fut trouvée syphilitique. Les années suivantes, notre confrère eut des chancres mous, des gonorrhées, puis en 1891, il présenta un nouveau chancre qui n'occupait pas le même point que le précédent. Il y eut sur tout le corps une éruption que M. Ogilvie regarda comme un cas typique de roséole et de syphilide papuleuse généralisée. Bientôt après, il se produisit une éruption pustuleuse occupant surtout le cuir chevelu, les favoris et les moustaches, et des plaques muqueuses se montrèrent dans la bouche. Plusieurs médecins de Londres, dont un spécialiste renommé, n'émirent pas le moindre doute sur le diagnostic. Le malade étant brightique, on dut interrompre rapidement le traitement mercuriel, l'iodure de potassium lui-même ne put être continué plus de quelques jours. Aussi, depuis ce temps, y a-t-il eu constamment des lésions cutanées spécifiques. Un ami du patient contracta la syphilis pour la première fois auprès de la femme qui avait réinfecté notre confrère et à peu près à la même date. M. Ogilvie est étonné de voir encore des syphilographes nier la réinfection. Pour lui, du reste, la syphilis, que cette réinfection existe ou non, est parfaitement curable.

Au *Congrès de Nancy*, M. Fourrier (de Brécy) a apporté une observation de réinfection, malheureusement fort discutable.

— La durée de la période contagieuse de la syphilis a aussi occupé le Congrès. Pour Hutchinson, d'une manière générale, on peut dire que la durée de la contagiosité ne dépasse pas une année, que ce n'est que rarement qu'elle atteint deux ans. Campana regarde la contagion comme facile tant que dure la période secondaire; avec un traitement bien suivi, on peut espérer voir la contagiosité disparaître au bout de trois ans. Trois ou quatre ans, tel est, pour Feulard, le temps pendant lequel les malades sont le plus exposés à la réapparition des accidents secondaires ; telle est aussi la durée habituelle do la période pendant laquelle la contagion s'exerce. Mais il est des cas où la virulence se prolonge beaucoup plus longtemps, huit ans, dix ans ; les malades qui fument et qui ont des éruptions bucco-linguales sont souvent dangereux pendant de nombreuses années. Enfin, il peut arriver que des lésions tertiaires, apparaissant entre la dixième et la vingtième année, transmettent la maladie. Les syphilis à virulence tardive ne sont pas forcément des syphilis graves et le malade peut avoir suivi un traitement parfaitement régulier. Quatre fois, Feulard a vu la contagion se produire, dans un ménage, alors qu'il y avait déjà eu naissance d'enfants sains. On peut alors admettre des atténuations temporaires de la virulence, se produisant soit spontanément, soit à la suite de l'intervention thérapeutique.

En réalité, il est actuellement impossible, quand on permet à un syphilitique de se marier, d'affirmer que la famille sera à l'abri de la contagion.

— Que faut-il entendre par la *siphylis maligne?* Pour M. Haslund (de Copenhague), c'est une forme de syphilis secondaire qui n'a aucune relation avec le tertiarisme, et, le plus souvent le pronostic est favorable. Pour M. Neisser, les traits caractéristiques de la syphilis maligne sont des symptômes généraux graves, des syphilides pustulo-ulcéreuses, précoces, à récidives fréquentes. Les formes hémorragiques de la syphilis doivent être regardées comme des complications, et, dans ce sens, le scorbut est une complication grave. Dans la syphilis maligne, l'éruption est multiple et de grande étendue. Les ulcérations ne peuvent être regardées comme des gommes tertiaires, car elles ne sont pas serpigineuses, et l'action des iodures est incertaine. Ce qui détermine la malignité doit être la nature du terrain, et non un virus spécial. De même la localisation,

la forme de l'accident primitif n'influent en rien sur la prodution de la syphilis maligne. Fréquemment on suit le traitement spécifique interne, tandis que les toniques, les sulfureux, à l'extérieur, sont souvent utiles. En général, le pronostic serait favorable.

M. Tarnowski a insisté sur ce point que la forme, les symptômes, les localisations de la maladie, ont une influence notable sur sa gravité, de même que l'infection simultanée par des éléments pyogènes. Il se produit alors du phagédénisme au niveau du chancre induré, une inflammation purulente des glandes lymphatiques voisines, des poussées de boutons ou nodules pyosyphilitiques (ecthyma profondum, supiforme, impetigo profunda, rodens, rupia, etc.). Ces boutons peuvent se développer en même temps que d'autres poussées purement syphilitiques de la période secondaire : taches d'érythème, papules sèches, etc. La somme de l'effet toxique d'une infection mixte influe sur le cours de la maladie et lui communique, surtout dans les périodes primitive et secondaire, une plus grande acuité ainsi qu'une tendance aux récidives sous forme de nodules pyosyphilitiques. La période gommeuse peut ne se manifester que des années plus tard, ou même faire complètement défaut. Les coques pyogènes sont accompagnées parfois de bacilles spéciaux. Les nodules pyosyphilitiques peuvent se résorber sous l'influence d'un traitement approprié; ils peuvent également s'ouvrir en laissant des ulcères consécutifs, et ils sont aptes à transmettre la syphilis. Les tumeurs et autres ulcères gommeux ne sont, au contraire, pas infectants. Les coques pyogènes, très abondantes dans les nodules pyosyphilitiques à l'époque de leur ramollissement, font complètement défaut dans les gommes ramollies ou ulcérées. Exceptionnellement ils y apparaissent, et les gommes ont alors une tendance phojéclénique. Toutes les conditions qui épuisent promptement l'organisme d'un syphilitique contribuent à son infection par les coques pyogènes; il en est ainsi de l'alcoolisme, du diabète, des maladies aiguës, de l'abattement moral, etc.

En dehors des infections pyosyphilitiques, la syphilis peut devenir maligne par elle-même. Il y a alors une lésion notable des vaisseaux au niveau du chancre. Cette lésion, gagnant du terrain et progressant dans sa marche, produit de la nécrose, c'est le chancre gangreneux. Il y a encore un passage prématuré à la période gommeuse, qui se manifeste parfois sans que le malade subisse la période secondaire; il arrive, d'autres fois, que la période tertiaire s'annonce en même temps que les symptômes secondaires, pendant la première ou la deuxième année de la maladie. Les raisons qui occasionnent ce passage prématuré de la maladie à la période tertiaire sont encore à étudier. L'absence d'une médication convenable ne suffit pas à l'expliquer. Peut-être, la maladie invétérée a-t-elle de l'influence.

La localisation des symptômes consécutifs a naturellement une grande influence sur la gravité du mal.

Les trois types de la syphilis grave : infection mixte pyosyphilitique, syphilis à accidents gommeux prématurés, syphilis à localisation défavorable, peuvent se combiner entre eux en tableaux cliniques variés.

C'est chez les personnes dont l'ascendance directe est entachée de syphilis, que l'on observe surtout l'immunité complète, l'absence de la période gommeuse, les formes frustes et abortives.

Le traitement mercuriel prescrit dès les premiers jours de la maladie et systématiquement répété pendant deux ou trois cas, est un puissant auxiliaire pour combattre la syphilis grave. De plus, un climat tempéré et stable est nécessaire pour assurer le rétablissement d'un malade atteint d'une syphilis grave, surtout à la période gommeuse précoce.

Les injections intra-musculaires de préparations mercurielles sont le meilleur moyen d'agir promptement et d'une façon durable; les préparations à l'état de suspension (calomel, bichlorure de mercure, oxyde jaune, salicylate) sont à préférer. C'est avec le salicylate de mercure qu'il y a le moins de douleurs.

M. Petrini a vu disparaître chez un malade syphitique qui fut pris d'accès fébriles quotidiens ou tierces, puis de pneumonie, une syphilide papulo-hypertrophique généralisée avec phagédénisme du pénis et adénopathie inguinale double. Il n'y avait pas eu de traitement spécifique. Peut-être pourrait-on, chez certains syphilitiques, élever artificiellement la température par l'administration de substances pyrétogènes peu nocives, du reste.

Généralement, on admet que la syphilis extra-génitale comporte un mauvais pronostic. Ce n'est pas l'avis de M. Feibes (d'Aix-la-Chapelle), et dans ces syphilis, les accidents tertiaires, les récidives ne sont pas plus fréquentes. Ce qui fait parfois la gravité des cas, c'est que la nature de l'accident primitif est méconnue ou qu'il passe inaperçu; le traitement est alors négligé.

M. Lane a préconisé le traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de solutions mercurielles. Il injecte dans une des veines du pli du coude 1 gr. 1/4 de cyanure de mercure en solution à 1 %. Le nombre des injections faites à un même malade a varié de 4 à 46. Sur 76 cas, il y eut 50 fois guérison des accidents ayant nécessité l'admission à l'hôpital, et 16 améliorations; dans 6 cas, le traitement fut rendu impossible, la veine ne pouvant être

rendue assez saillante, enfin 4 fois les malades se refusèrent à subir les injections, qui cependant ne causent aucune douleur. Il n'y eut jamais de thrombus. *(A suivre.)*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1896

La question de la toxicité des alcools a été étudiée au dernier Congrès de chimie, et M. RICHE vient résumer devant l'Académie les travaux du Congrès sur ce sujet.

La toxicité est, d'une façon générale, due à l'alcool lui-même et aux produits qui y sont ajoutés : essences, bouquets, etc., qui caractérisent les diverses boissons alcooliques. L'alcool le moins toxique est l'alcool éthylique, mais il est inodore, et sans saveur spéciale ; quant aux autres a'cools : amylique, méthylique, etc., leur toxicité est d'autant plus grande que leur formule est élevée.

Pour les impuretés, elles sont encore plus nuisibles que l'alcool lui-même. Les eaux-de-vie de bonne qualité contiennent en général 2 °/₀ d'impuretés ; mais le chiffre de ces dernières est beaucoup plus élevé dans les produits des bouilleurs de crû, où M. Riche a trouvé jusqu'à 7, 8, et 10 °/₀ d'impuretés.

La notion de toxicité des alcools établie, il faut chercher à atténuer leurs effets. En Suisse, où l'État a le monopole de l'alcool, on a rectifié d'abord l'alcool lui-même et supprimé les alcools de pommes de terre et autres, fortement chargés en impuretés. On a dû renoncer, devant les réclamations des populations, à délivrer au public de l'alcool chimiquement pur, et l'aromatiser avec des impuretés dont le chiffre ne doit pas dépasser 1gr,5 par litre.

En Belgique, un règlement limite le taux des impuretés à 2 °/₀, ce qui diminue notablement la toxicité des boissons. Il est à souhaiter que de pareilles mesures soient prises aussi en France, et que l'on adopte le projet de réglementation proposé autrefois par M. Léon Say, prohibant, entre autres choses, tous les alcools de consommation ayant un taux d'impuretés supérieur à 2 °/₀.

Malgré ces réformes, il ne faudra pas, toutefois, laisser perdre de vue la notion de la toxicité des alcools quels qu'ils soient. La population doit en être avertie par tous les moyens, et, à ce propos M. Riche rapporte les très instructifs documents publiés par M. Brunon, de Rouen, qui montre les progrès incessants de l'alcoolisme dans nos provinces et les ravages qu'il y cause.

— Au cours de la séance, M. BERGERON a donné lecture d'une lettre adressée par M. HERVIEUX, maire de Marseille, au sujet de la variole dans cette ville, et M. FERRAND a lu un éloge de Quesnay, auquel on vient d'élever une statue à Méré, son pays natal.

ÉCHOS & NOUVELLES

Syndicat des médecins de la Seine. — Le syndicat des médecins de la Seine a adressé à la Commission des patentes la requête suivante :

1° Que la patente des médecins, actuellement fixée au quinzième de la valeur locative, soit dorénavant fixée d'après la valeur des locaux servant à l'exercice de la profession, en excluant les pièces destinées au logement des femmes et des enfants ; il est injuste d'imposer, d'autant plus lourdement, celui qui a d'autant plus de charges que sa famille est plus nombreuse ;

2° Comme conséquences, le médecin qui a plusieurs domiciles ne sera soumis à la patente que pour le ou les domiciles où il exerce ; l'enregistrement des diplômes donnant seul le droit d'exercer, la double patente ne sera plus imposée à celui qui déclare et prouve ne pas exercer dans chacun de ses domiciles ;

3° Les chevaux et voitures servant à l'exercice de la profession seront considérés comme instruments de travail et non de luxe.

La fête du « Fœtus » à l'École du service de santé de la marine. — Pour clore l'année scolaire, a eu lieu, à l'École du service de santé de la marine, le samedi 1er août, la fête annuelle dite des *Fœtus*, offerte par les élèves de la dernière promotion qui, après les neuf mois d'incubation de la première année d'études, naissent enfin à la vie des anciens, avec qui ils prennent rang désormais.

Une *Fœtus revue* a été jouée et chantée par un groupe de nouveaux. Les scènes rappelaient les principales circonstances de la vie scolaire, et le directeur et le sous-directeur étaient les premiers à applaudir leurs sosies parfaits de ressemblance.

De pareilles fêtes ne peuvent avoir que d'heureux résultats, et l'École de Lyon n'aurait qu'à gagner à l'exemple qui lui vient de Bordeaux. *(Bulletin médical.)*

La Croix verte. — On possédait déjà la « Croix rouge » (soins et transports des malades sur les champs de bataille) et la « Croix blanche » (soins aux militaires malades ou convalescents). Il vient de se créer à Vienne une nouvelle Société, celle de la « Croix verte ». La Croix verte est une Société de sauvetage et de secours aux alpinistes et simples excursionnistes amateurs des hautes cimes. Elle est une création du « Club Alpin Autrichien », qui a installé, sur les différents points des hautes montagnes, sur les glaciers, etc., des chalets ou de petits réduits bien abrités, contenant des boîtes de secours. Des cours pratiques et théoriques sont faits par des médecins aux guides, et ceux-ci sont exercés à appliquer les attelles et à faire des pansements antiseptiques.

Loi d'hygiène. — D'après le *Medico-surgical Bulletin*, la législature du Connecticut a voté une loi interdisant à tout homme et à toute femme, épileptique, imbécile ou faible d'esprit, de se marier ou de vivre ensemble comme mari et femme, quand la femme est âgée de moins de quarante-cinq ans.

La pénalité est un emprisonnement de trois ans au moins. Toute personne qui aidera à cette union sera passible d'une amende de 1,000 dollars ou d'un emprisonnement d'un an.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 38. L'UNION MÉDICALE 19 Septembre 1896.

SOMMAIRE

JULES ROCHARD

Tous ceux qui l'ont approché partageront notre profonde douleur en apprenant la mort de cet homme de bien qui, dans sa longue et brillante carrière, a connu de si vives sympathies, a vu tant de mains amies serrer les siennes, a dû sentir et deviner si souvent l'affection et le respect que tout en lui inspirait, son allure franche et cordiale, sa parole entraînante, son dévouement aux nobles causes. Au Service de santé de la marine, à l'Académie dont il fut président, partout il a porté son esprit ouvert et son cœur généreux; tour à tour chirurgien actif, captivant orateur, savant rallié aux doctrines de progrès, personne ne défendit avec plus de chaleur et d'éclat la science moderne et ses fécondes applications; personne ne sut mieux se faire lire et écouter, propager ses idées avec bonhomie, se tenir loin de la science orgueilleuse et rébarbative.

Je ne veux pas faire, en ce moment, une sèche analyse de ses travaux; je ne veux que dire adieu à un homme sincèrement aimé, dont toute la vie a été pour la profession médicale un honneur et un exemple. Je voudrais aussi adresser à sa veuve l'expression de nos respectueuses sympathies, à ses deux fils un mot de consolation et d'amitié, surtout à Eugène Rochard, dont il était ici le collaborateur et le soutien, à qui il laisse de nobles traditions et d'impérissables souvenirs.

L.-Gustave Richelot.

LES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Deuxième session*)

Tenu a Genève le 1er septembre 1896

Traitement des suppurations pelviennes.

suite (1).

M. Paul Reynier (de Paris) montre sa pratique :

En présence d'une femme ayant des symptômes d'infection récente et les signes d'une collection suppurée du bassin venant proéminer du côté du vagin, M. Reynier commence par faire l'ouverture du cul-de-sac postérieur et fait un large drainage. Si, malgré cette opération, le pus s'écoule mal, si les phénomènes d'infection persistent, il complète plus ou moins tardivement son opération par une hystérectomie vaginale.

Si, après guérison de l'incision et suppression de la suppuration, la malade continue à souffrir, M. Reynier se conduit de façon différente, selon que l'utérus est malade ou non. Dans le premier cas, dans le cas d'utérus malade, il fait l'hystérectomie vaginale. Mais, dans le cas d'utérus sain, il fait la laparotomie, l'ouverture du ventre lui permettant de se rendre compte *de visu* de l'étendue des lésions et de ne supprimer que les organes malades.

M. Reynier adopte encore l'hystérectomie vaginale comme opération primitive pour les abcès pelviens ouverts dans une cavité voisine, et surtout dans le rectum. Il l'adopte également pour les anciennes salpingo-ovarites ayant déterminé la formation d'une masse diffuse englobant l'utérus. Il l'adopte, enfin, pour les utérus fibromateux compliqués de suppurations pelviennes.

En dehors de ces cas, M. Reynier est plutôt partisan de la laparotomie, particulièrement pour les pyosalpinx, les salpingo-ovarites suppurées, laissant une certaine mobilité à l'utérus, et, enfin, chaque fois qu'il ne peut être sûr de la bilatéralité des lésions.

(1) Voir les nos 36 et 37 de l'*Union médicale*.

Dans toutes ces conditions, la laparotomie serait, pour M. Reynier, le procédé de choix.

M. Laroyenne (de Lyon) a particulièrement insisté sur le débridement du cul-de-sac postérieur du vagin.

Ce débridement, surtout s'il est précédé de la ponction, n'est même pas contre-indiqué dans les cas fréquents de collections pelviennes constituées par des loges multiples. Il est quelquefois possible, en outre, d'attirer dans le vagin et de réséquer au-dessous d'une pince placée sur leur pédicule, les annexes malades et enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite. L'hématocèle elle-même est passible du même traitement quand on s'est assuré que l'hémorragie ne continue pas.

Cette pratique devient toutefois un peu délicate quand les collections purulentes sont haut placées. La vessie, dans ces conditions, étalée au-devant de la collection et quelquefois déviée latéralement, est alors d'un voisinage dangereux. Encore est-il possible de surmonter ces difficultés par l'incision vaginale si l'on a recours à l'emploi du trocart recourbé de M. Laroyenne. Ce trocart a une courbure d'hystéromètre et permet, si on a soin de pratiquer la pression hypogastrique pendant toute la durée de l'opération, de ponctionner la collection dans un point d'élection, c'est-à-dire à la partie postéro-inférieure et sur la ligne médiane.

Plus inoffensifs que la laparotomie et l'hystérectomie, les débridements ont sur ces deux opérations l'avantage d'être conservateurs, et ils ouvrent assez largement les foyers et les maintiennent assez longtemps ouverts pour ne pas risquer d'être inefficaces.

M. Henrotay (d'Anvers) expose les conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie est le facteur étiologique *principal* des affections suppurées des annexes ;

2° Le plus grand nombre des affections annexielles dites *puerpérales* ne sont en réalité que des infections blennorrhagiques envahissant les trompes et le péritoine pelvien après l'accouchement ou la fausse couche ;

3° Le traitement prophylactique devrait s'inspirer : *a*) de la gravité de la blennorrhagie chez la femme ; *b*) de l'obligation pour tout médecin d'éclairer à ce sujet tout homme atteint d'uréthrite aiguë ou chronique ;

4° Le traitement médical des annexites doit être essayé chaque fois que la chose est possible ;

5° L'intervention vaginale est la méthode de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, et quand une opération devient nécessaire, la castration totale est suffisamment indiquée par la nature blennorrhagique reconnue de l'affection ;

6° La fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie est un progrès sensible dans la technique et doit être exécutée chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle.

M. Jacobs (de Bruxelles) est partisan de l'hystérectomie vaginale.

Les suppurations sous-péritonéales ou cellulites suppurées se présentent sous forme de cavités abcédées circonscrites dans le tissu cellulaire, ou sous forme d'infiltration phlegmoneuse du paramétrium. La première indication est de donner issue au pus par la voie d'évacuation la plus favorable ; l'incision vaginale postérieure ou latérale amène une guérison rapide, que l'on facilite par le drainage prolongé. Dans les cas où l'intervention est tardive, on peut être appelé à pratiquer des incisions de la paroi abdominale.

Lorsque l'affection est ancienne, les incisions et le drainage restent sans résultat, donnant lieu à des fistules intarissables. La thérapeutique de choix est la castration vaginale totale.

Les suppurations intrapéritonéales se localisent dans le péritoine, l'ovaire, la trompe.

La péritonite purulente constitue un stade avancé de l'infection. On peut la traiter par l'ouverture des parois abdominales, lavage ou drainage, ou par l'incision vaginale ; la fonte purulente de l'ovaire se rencontre souvent sans lésion purulente de la trompe, elle est unilatérale ou bilatérale. La voie de propagation est liée à la nature de l'agent infectieux.

Suivant les cas, la thérapeutique est conservatrice ou radicale. La voie opératoire que l'on doit préférer est le vagin. On peut aisément, par cette voie, pratiquer soit l'ovariotomie, soit l'évacuation et le drainage. Dans les lésions bilatérales, on fera l'extirpation totale.

Pour les suppurations des trompes, l'intervention doit être radicale. Les autres traitements ne donnent que des succès momentanés ou des insuccès. Dans les lésions unilatérales, qui sont l'exception, on fera la salpingectomie, soit par l'abdomen, soit par le vagin ; dans les lésions bilatérales, la castration totale.

Vu les résultats opératoires, l'extirpation totale sera faite de préférence par le vagin.

Ces conclusions sont appuyées sur un nombre élevé d'observations personnelles, comprenant : 1° 259 opérations abdominales, dont 8 pour cellulites avec 8 guérisons ; 11 péritonites suppurées avec 9 décès et 2 guérisons ; 6 abcès ovariens ; 33 ovario-salpingectomies unilatérales et 201 ovario-salpingectomies bilatérales, 2° 596 opérations vaginales, dont

37 pour cellulites avec 1 décès; 3 pour péritonites suppurées avec 2 décès; 9 pour hématocèles avec 1 décès; 3 pour péritonites suppurées avec 2 décès; 9 pour hématocèles avec 1 décès; 16 pour abcès de l'ovaire, et 531 pour pyosalpinx, se décomposant ainsi : 21 salpingectomies unilatérales; 492 hystérectomies vaginales avec 9 décès; 14 hystérectomies vaginales avec abandon des annexes, et enfin 4 ponctions et drainage.

M. Jacobs a trouvé un grand avantage à la suppression immédiate des pinces à forcipressure, l'opération terminée, et à leur remplacement par des ligatures. Le drainage dans l'opération radicale n'est nécessaire que s'il y a eu épanchement de pus dans le péritoine. Dans tous les autres cas, il referme le vagin et le péritoine par un ou deux points de suture. Il opère de cette façon depuis sept mois sans avoir observé un seul décès opératoire.

M. P. Segond (de Paris) ne veut pas reprendre en entier la question des suppurations pelviennes, après le rapport de M. Bouilly, dont les conclusions sont extrêmement voisines de celles qu'il a exposées lui-même il y a trois ans.

« Je veux seulement répéter, nous dit-il à propos de l'opération de Péan, quo, de tout temps, j'en ai reconnu les contre-indications. La première contre-indication est, à mon avis, constituée par le volume de la tumeur, suppurée ou non, et l'ombilic a toujours été pour moi la limite au-delà de laquelle je renonce à la voie vaginale.

« Si le temps ne m'avait pas fait défaut, j'aurais voulu insister sur la valeur de l'opération américaine, dont M. Délagénière s'est fait en France le vulgarisateur, et qui permet de réaliser par la voie abdominale l'ablation complète de l'utérus et des annexes dans des conditions de sécurité véritablement merveilleuses, ainsi que j'ai pu le constater en voyant opérer les chirurgiens américains. J'ai déjà eu d'ailleurs l'occasion de pratiquer moi-même cette opération, dans ces derniers temps, et j'ai compté autant de succès que d'interventions.

« Au point de vue de la technique de l'hystérectomie vaginale, j'aurais également désiré insister sur l'inutilité des manœuvres d'importance secondaire, que l'on décrit minutieusement comme constituant en apparence des procédés nouveaux. J'ai fait, pour ma part, environ 500 hystérectomies vaginales sans avoir besoin de recourir à la plupart de ces manœuvres, dont on exagère singulièrement la valeur réelle.

« J'aurais surtout voulu, dans cette communication, dévolopper devant vous l'utilité de la libération du col, suivie ou non de son amputation, comme premier temps de l'hystérectomie vaginale. Je considère cette libération du col comme extrêmement importante, parce qu'elle conduit à sectionner la base des ligaments larges, alors que là réside le seul obstacle à la descente de l'utérus, et que, lorsqu'on a amputé le col, on peut ensuite s'amarrer directement sur le corps utérin, ce qui donne immédiatement une prise solide; enfin, comme on ne peut blesser l'uretère que dans cette première phase de l'hystérectomie vaginale, cette libération du col donne toutes les garanties possibles contre un semblable accident. »

M. Pichevin (de Paris) se rallie sans réserves aux conclusions du rapport de M. Bouilly, avec cette nuance peut-être que chez les femmes jeunes, même quand on a constaté la bilatéralité des lésions, il faut faire la laparotomie pour être bien certain qu'il n'y a pas possibilité de conserver les annexes malades, il est vrai, mais peu volumineuses, mobiles et peu douloureuses. M. Pichevin a observé, avec M. Le Dentu, quatre cas de grossesse après conservation des annexes d'un côté.

* * *

DEUXIÈME QUESTION

Traitement chirurgical des rétrodéviations de l'utérus

M. Otto Küstner, rapporteur.

CONCLUSIONS

1° Bien qu'aucun des procédés opératoires appliqués actuellement au traitement des rétroversions et des rétroflexions utérines ne rende à l'utérus et aux annexes leur position absolument normale, on doit cependant préférer la nouvelle position utérine obtenue ainsi artificiellement à la rétroversion ou à la rétroflexion primitive. En effet, de cette manière, l'utérus retrouve jusqu'à un certain point sa mobilité normale. La formation d'adhérences avec les organes voisins se trouve ainsi prévenue, ainsi que celle d'un prolapsus ultérieur; en un mot, la statique des organes pelviens est rétablie d'une manière relative.

2° Dans le traitement opératoire de ces déviations utérines, il faut soigneusement distinguer les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences; ces dernières devant, tout d'abord, être mobilisées. Pour maintenir l'utérus en antéversion ou en antéflexion, on se servira ensuite, pour ces dernières, des mêmes procédés que pour les rétroversions et les rétroflexions réductibles d'emblée.

3° Quant à ce qui concerne les interventions ayant pour but de mobiliser les rétroversions et les rétroflexions adhérentes (*opérations mobilisantes*), on ne

doit pas ouvrir la cavité abdominale lorsque les adhérences ne sont pas trop solides et trop étendues. Dans ce cas-là, on pourra atteindre le but par le massage ou les manœuvres de Schultze.

Si les adhérences étaient par trop nombreuses et solides, il y aurait lieu de recourir à l'ouverture de la cavité abdominale pour libérer l'organe aussi bien que possible.

4° L'ouverture de la cavité abdominale peut se faire par les culs-de-sac antérieur ou postérieur ainsi que par la paroi abdominale. Il est hors de doute que c'est la laparotomie qui permet le mieux de se rendre un compte exact de l'état et de l'étendue des adhérences. Il en résulte qu'elle présente des avantages manifestes pour le traitement minutieux de ces dernières ainsi que pour celui des annexes qui sont toujours plus ou moins affectées.

Les colpotomies antérieures et postérieures sont des opérations beaucoup moins exactes et risquent de donner lieu à des interventions moins complètes. En outre, la première ne permet pas toujours d'éviter les lésions d'organes voisins.

5° La valeur des différents procédés qui ont pour but de fixer l'utérus dans une nouvelle position se juge d'après les deux propositions suivantes :

a) Ils doivent être capables de maintenir l'utérus dans une bonne position ;

b) Les fonctions normales de l'utérus ne doivent être modifiées d'aucune manière.

6° Les résultats obtenus par la ventro-fixation, la vagino-fixation, la fixation abdomino-vésicale et par l'opération d'Alexander, prouvent que ces différentes opérations sont suffisamment capables de maintenir l'utérus dans une bonne position ; il n'en est pas de même de ceux obtenus par les modifications récentes de ces divers procédés, ainsi que par la rétrofixation de Sänger.

7° Les fonctions normales de l'utérus ne sont pas, ou tout au moins, sont relativement peu altérées par la *ventro-fixation*, *l'opération d'Alexander* et par la *fixation vésicale*.

8° Elles sont, au contraire, profondément atteintes par la fixation vaginale, dès que celles-ci s'étend à la plus grande partie de la paroi antérieure de l'utérus.

9° Il y a lieu, par conséquent, de ne pas soumettre à la *vagino-fixation* les femmes aptes à concevoir. Chez les femmes qui ne le sont plus, cette opération donne, par contre, de très bons résultats. Chez ces dernières, lorsqu'il y a, en même temps que la déviation utérine, une descente de l'utérus ou un léger degré de prolapsus, on combinera avantageusement la vagino-fixation avec les colporraphies.

10° S'agit-il d'adhérences étendues, la meilleure opération consiste dans la laparotomie, suivie de la rupture des adhérences avec le Paquelin, avec les ciseaux ou avec les doigts, et dans la *ventro-fixation* d'après le principe d'Olshausen.

Si les annexes sont malades, il faut suivre le principe conservateur jusque dans ses plus extrêmes conséquences. Il ne faut, dans aucun cas, enlever les annexes, à moins qu'elles ne soient gravement atteintes ; mais il faudra seulement les libérer de leurs adhérenees. Dans tous les cas, il faudra, chez les jeunes personnes, laisser autant que possible une certaine quantité de tissu ovarien.

C'est de cette manière qu'il faut, en principe, traiter toute rétroversion ou toute rétroflexion utérine. Les curettages, les bains et autres traitements symptomatiques, ne devront être employés qu'exceptionnellement.

11° Le meilleur procédé opératoire contre la rétroversion ou la rétroflexion réductible d'emblée, est l'opération d'Alexander, exécutée d'après les premiers préceptes de Werth-Kocher, parce que cette opération garantit dans tous les cas une position de l'utérus qui se rapproche le plus de la normale, ou qui est, en somme, la position normale.

12° Les indications, pour le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles, sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par des pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc. L'indication objective consiste dans une déformation du vagin, ne permettant pas le traitement par les pessaires.

13° Considérant que le prolapsus utérin n'est, en général, qu'une conséquence de la rétroversion ou de la rétroflexion de l'utérus, le premier souci de l'opérateur dans le traitement du prolapsus doit être d'assurer le redressement de l'utérus. Il en résulte que le meilleur traitement du prolapsus utérin consiste dans la ventro-fixation de l'utérus, à laquelle il faut adjoindre, dans la même séance, les différentes opérations plastiques qui ont pour but d'obtenir un rétrécissement du vagin.

M. Polk, de New-York, corapporteur.

CONCLUSIONS

1° Les rétrodéviations, et tout spécialement celles intéressant l'utérus apte à l'état de gestation, ne doivent pas être soumises à un traitement opératoire, qui fixe le fond ou le corps de l'organe à la paroi abdominale, ou à un des organes voisins, la vessie ou le vagin.

2° Les rétroversions sans complications et chez des malades encore aptes à concevoir doivent être traitées par le raccourcissement externe, c'est-à-dire inguinal, des ligaments ronds (opération d'Alexander). On peut aussi pratiquer dans ces cas le rac-

courcissement intra-péritonéal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale.

3° Chez les malades encore en état de concevoir, les rétroflexions non compliquées devront être traitées par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et, si c'est nécessaire, des ligaments utéro-sacrés; les deux opérations faites par voie vaginale.

4° Les rétrodéviations adhérentes doivent être opérées, chez les femmes, avant la ménopause, par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et, si c'est nécessaire, des ligaments utéro-sacrés, par la voie vaginale, si possible. L'opération d'Alexander peut être appliquée à ces déviations, après rupture des adhérences par colpotomie, dans le cas où les ligaments ronds ne sont pas intéressés dans les adhérences, comme cela est souvent le cas après des poussées inflammatoires de périmétrite antérieure.

5° La rétrodéviation d'un utérus, dépourvu de ses annexes (après salpingo-oophorectomie), doit être traitée par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, si c'est nécessaire.

6° Après la ménopause, les rétrodéviations doivent être traitées par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, ces opérations devant être exécutées, si possible, par la voie vaginale. L'opération d'Alexander suffira s'il n'existe pas d'adhérences et si l'utérus n'est pas atrophié.

7° Lorsque les ligaments utéro-sacrés sont allongés et que de cette manière ils sont un facteur important de la rétrodéviation, leur raccourcissement devra être compris dans l'opération; la voie vaginale est préférable dans ce but.

Opération du raccourcissement des ligaments ronds et utéro sacrés.

1° Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé comme dans la colpotomie antérieure, l'utérus et les annexes sont libérés de leurs adhérences, s'il en existe, l'utérus est amené en antéversion et le fond de l'organe attiré dans le vagin. Le ligament rond, y compris son revêtement péritonéal, est entouré d'une suture à la soie assez éloignée de l'utérus pour permettre son attache facile à l'utérus, au niveau du point d'origine du ligament rond. De cette façon, celui-ci est replié sur lui-même et présente naturellement deux boucles, dont l'une est suturée à l'utérus tandis que l'autre le sera au ligament rond lui-même, en dehors de la partie repliée. Une troisième suture est placée sur la boucle elle-même. On doit prendre soin de ne pas blesser la trompe en passant cette dernière suturo. Après avoir répété la même manœuvre du côté opposé, l'utérus est rentré dans la cavité péritonéale et l'ouverture vaginale est fermée au catgut en suturant d'abord le péritoine seul et puis la paroi du vagin.

2° Ouverture du cul-de-sac postérieur par une incision transversale au niveau de l'insertion utéro-vaginale, s'étendant des deux côtés jusqu'aux culs-de-sac latéraux. On entre dans le Douglas et on je'te une forte suture de soie sur le ligament utéro-sacré, environ à son point médian. On pratique cela des deux côtés en tendant les ligaments afin de faciliter cette manœuvre. L'extrémité de chaque suture est passée à travers la paroi vaginale, chacune de son propre côté et, à l'angle extrême de l'incision, les fils sont serrés solidement. De cette manière, le col est attiré en arrière et en haut et arrive ainsi à environ mi-hauteur des ligaments utéro-sacrés. Le cul-de-sac est fermé au catgut et les sutures intéressant les ligaments utéro-sacrés sont laissées longues; le drain est enlevé après la quinzaine. La malade doit garder le lit trois semaines. On n'appliquera pas de pessaire. Il faut surveiller l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie. Les malades affligées d'un abdomen proéminent devront porter une ceinture ventrale.

M. le Dr S. Pozzi, corapporteur

CONCLUSIONS

I. Les syndromes cliniques désignés sous les noms de *rétroversion* et de *rétroflexion de l'utérus* ne constituent pas des entités morbides distinctes. Ils ne sont considérés comme des affections spéciales que par suite d'une tradition ancienne qui doit être aujourd'hui réformée.

II. La déviation en arrière de l'utérus, simple ou avec flexion, s'observe dans deux conditions radicalement différentes :

1° Relâchement des ligaments, sans adhérences dues à une péri-métro-salpingite antérieure. C'est la *rétrodéviation mobile*;

2° Adhérences postérieures, surtout autour des annexes après une péri-métrite ou une péri-oophoro-salpingite. C'est la *rétrodéviation fixe*. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente.

Il n'y a aucune assimilation à établir entre ces deux ordres de lésions, confondues sous un même nom à une époque où l'analyse des signes fournis par le toucher était encore rudimentaire et où l'on ignorait presque complètement les lésions tubo-ovariennes. On confondait donc ordinairement les rétrodéviations avec les tumeurs inflammatoires tubo-ovariennes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

III. Pour les rétrodéviations mobiles, on devrait substituer aux noms de *rétroversion* et de *rétro-*

flexion celui de *mobilité* (excessive) *de l'utérus*. En effet, l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de l'utérus qui a perdu sa fixité, et, par suite, son anté-courbure normale; mais cette orientation vicieuse ne cause par elle-même que des accidents très accessoires de compression. Les phénomènes principaux d'ordre nerveux et réflexe sont indépendants de la direction de la déviation et sont dus à la mobilité. Ils persistent quand on ramène momentanément l'utérus en avant sans assurer sa fixité. Ils paraissent dus à une rupture d'équilibre dans la statique abdominale, à une véritable entéroptose pelvienne.

IV. Tout traitement chirurgical qui se propose, ici, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface, ne peut avoir que des résultats temporaires. La traction constante sur le point d'attache artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésico-fixation ne paraissent donner, également, qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

V. Le traitement rationnel de la *rétrodéviation mobile* ou, pour mieux dire, de la *mobilité* (excessive) *de l'utérus*, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications :

1° Guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curettage, amputation du col, etc.);

2° Restaurer le périnée, souvent déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée;

3° Faire porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

VI. Le traitement de la *rétrodéviation fixe* de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

Elle est toujours due à des adhérences plus ou moins fortes, siégeant soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des annexes. Il en est qui peuvent être rompues par des manœuvres de massage combinées ou non avec le cathétérisme; mais cette pratique offre toujours des dangers. Elle est, du reste, rationnelle.

En effet, la rétrodéviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le traitement plus ou moins grand de lésion des annexes ou de l'utérus.

VII. Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes, constituent des *lésions de guérison* acquises et tolérées, puis les symptômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

VIII. Dans d'autres cas l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes, et que s'il existe de la métrite concomitante elle est deutéropathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouvera-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences? On devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu ainsi d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes, avec *oblitération* de ces dernières? On fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la seule rétrodéviation de l'utérus.

IX. Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétrodéviation est l'hystérectomie vaginale. Ce sont ceux où il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen, après destruction des adhérences, laisse l'utérus lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. Assurément, on pourrait alors, après la castration, faire l'hystéropexie abdominale complémentaire dans la même séance, puis, plus tard, amener la guérison et l'involution de l'utérus par le curettage et l'amputation du col, enfin refaire un périnée s'il était insuffisant et placer un pessaire. Mais cette pratique est beaucoup plus compliquée, plus longue, et sensiblement aussi grave que l'hystérectomie vaginale. On est donc autorisé à y avoir recours dans ces cas exceptionnels.

DISCUSSION

M. Mangin (Marseille). — Nous sommes intervenu chirurgicalement dans 83 cas de rétrodéviation utérine. Nous distinguerons naturellement les déviations mobiles sans annexes, et les déviations compliquées d'adhérences ou d'inflammation des annexes. Les premières sont très souvent guéries par le port d'un pessaire. L'intervention s'impose lorsque celui-ci est mal supporté. L'opération d'Alexander, seule, nous a donné trois insuccès sur trois cas; combinée avec les opérations plastiques, six succès complets et durables, sur six cas. L'opération de Nicoletis, seule, nous a donné deux insuccès sur deux cas, trois succès complets et une amélioration lorsqu'elle était combinée aux opérations plastiques. Les succès semblant surtout dus aux opérations plastiques, nous nous en sommes tenus à celle-ci pendant un certain temps. Colporraphie antérieure surtout très large, sur 24 cas, seize guérisons durables; demi-succès, 5 cas; trois fois, échecs complets; dans ces derniers cas, le périnée étant refait, le port d'un pessaire a suffi pour faire disparaître les phénomènes douloureux. Dans deux cas d'utérus très volumineux, nous fîmes l'hystéropexie abdominale, deux succès. Actuellement, nous employons la colpo-hystéropexie, précédé de Mackenrodt, première manière combinée aux opérations plastiques; neuf cas, neuf guérisons. Nous ne fixons que le col et la partie antérieure de l'utérus, jamais le fond, ce qui est dangereux s'il survient une grossesse. Dans les déviations compliquées, chercher à les ramener au type précédent par un traitement médical patiemment conduit : massage, tamponnement glycériné, etc., etc. En cas de métrite concomitante, la guérison de celle-ci amène parfois celle de la déviation; s'il n'y a pas à craindre de poussée aiguë, on peut faire les opérations plastiques indiquées plus haut : dix-neuf cas, dix guérisons complètes; sept améliorations sérieuses dans des cas, où les annexes trop malades, n'avaient pas permis de faire plus qu'un curettage; deux échecs complets chez des malades guéries ensuite par la laparotomie avec hystéropexie. Cette dernière opération nous a donné huit guérisons sur neuf cas, une mort. L'hystérectomie vaginale, deux guérisons sur deux cas. Comme procédé accessoire, nous avons enlevé par le cul-de-sac postérieur les annexes prolabées, redressé l'utérus et créé des adhérences dans le Douglas; trois cas, trois succès.

M. Ed. Schwartz (de Paris). — J'ai eu à soigner, ces cinq dernières années, environ 150 rétrodéviations. Parmi celles-ci, la fixation nous a paru indiquée 46 fois.

L'indication opératoire nous a été fournie tantôt par l'échec des méthodes plus simples, telles que l'opération d'Alexander, la réduction, etc.; tantôt d'emblée par l'existence concomitante d'annexites uni ou bilatérales, ou par la présence d'adhérences, suites de pelvi-péritonite irréductible.

Notre manuel opératoire est le suivant : après avoir préparé la malade comme pour toute laparotomie, et introduit dans la cavité utérine, préalablement, une bougie d'Hegar nº 6 ou 7, que nous maintenons à l'aide d'un tampon d'ouate, nous pratiquons, si l'opération nous paraît devoir être simple, une incision de 4 à 5 centimètres au plus; dès que le péritoine est ouvert, les deux doigts introduits, cherchant le fond, explorent en même temps les annexes, tandis qu'un aide redresse doucement l'utérus à l'aide de la bougie intra-utérine. S'il y a adhérences, elles sont rapidement décollées et déchirées.

L'utérus, redressé, est traversé au niveau de son fond d'un fil de soie nº 2 ou 3 qui passe au-dessous de l'insertion des deux trompes; l'anse ainsi formée nous sert à attirer l'utérus en haut et à passer sans difficulté deux ou trois autres soies en dessous, évitant le cul-de-sac vésical en en restant même le plus éloigné que l'on pourra. Si les annexes sont malades, elles sont ignipuncturées ou réséquées, ou enlevées avant le serrage des fils que l'on passera de chaque côté, dans toute l'épaisseur de la paroi, excepté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Des fils séparés ferment le péritoine, puis les téguments et les plans musculo-aponévrotiques.

Nous avons fait 24 fois une hystéropexie simple, 22 fois elle a été combinée avec une intervention sur les annexes (ignipuncturées, 5 fois; castration unilatérale, 14 fois; bilatérale, 2 fois; résection de l'ovaire, 2 fois).

Une fois, nous avons enlevé un fibrome péritonéal qui avait paru produire une vraie luxation traumatique de la matrice; une autre fois, nous sommes tombés sur une rupture tubaire avec grosse extra-utérine qui a été extirpée.

Nous avons revu 34 opérées de trois mois à cinq ans et demi après l'opération.

Je n'ai eu que deux récidives, et encore l'une d'elles (une après un accouchement) n'est pas douloureuse. Deux opérées souffrent encore après deux ans, malgré le redressement et la fixation.

30 sont guéries et le restent depuis : cinq ans et demi, 1; quatre ans, 1; trois ans, 4; dix-huit mois à deux ans, 13; un an, 5; trois mois à six mois, 6.

Nous n'avons observé que deux éventrations, dont l'une consécutive à un abcès dû à un fil.

Trois de mes opérées ont accouché à terme.

Deux autres ont été enceintes : chez l'une, la grossesse n'a pu être amenée à terme; chez l'autre,

la grossesse a continué, mais je n'ai pu revoir l'opérée depuis. En somme, nous ne pouvons qu'être satisfaits des résultats de nos interventions.

M. Paul Reynier (de Paris). — Il importe de distinguer les rétroversions des rétroflexions, car ce sont deux affections de nature différente, d'origine distincte et commandant chacune un traitement spécial. L'une et l'autre sont symptomatiques plutôt que des maladies véritables.

La rétroversion est une affection bénigne, une résultante de la flaccidité de l'appareil suspenseur de l'utérus consécutive de l'accouchement. J'emploie de préférence ici, l'Alexander, combiné avec la réfection du plancher périnéal si cela est nécessaire. On fait ainsi disparaître la sensation si pénible de pesanteur, mais on ne supprime pas les douleurs, car la métrite est responsable de celle-ci et il importe de la traiter à part.

La rétroflexion, au contraire, est symptomatique de lésion inflammatoire des annexes et de paramétrite ayant créé des adhérences, souvent anciennes et fixant l'utérus. La métrite joue donc encore ici un rôle considérable.

Aussi l'Alexander me paraît ici absolument contre-indiqué, car elle amène en avant le fond de l'organe qui n'en reste pas moins courbé en arrière, aussi n'obtient-on par ce moyen aucun soulagement de la douleur. J'ai dû ainsi employer la laparotomie chez des malades opérées par l'Alexander et continuant de souffrir. C'est l'opération que j'ai toujours pratiquée en pareil cas, car elle seule permet de se rendre compte de l'état des adhérences et de les détruire efficacement.

Quant à l'hystéropexie, je l'exécutais d'abord en passant des fils de soie en plein tissu utérin ; j'ai eu des suppurations, des fistules dues à l'infection des fils par les organismes répandus dans les couches musculaires de l'utérus atteint de métrite, puis j'ai passé ces fils à travers le ligament large, au-dessous de l'insertion du ligament rond, et je n'ai plus depuis cette époque des insuccès.

Le seul point que M. Bouilly veuille faire ressortir, à propos du traitement des déviations utérines, c'est l'utilité d'un pessaire bien fait dans les cas simples. Il recommande particulièrement, comme étant le seul qui lui ait donné d'excellents résultats, le pessaire de Hodge, modifié très heureusement par un chirurgien dont le nom est inconnu. Ce pessaire présente un dossier très élevé et des branches écartées. Il se sert d'ordinaire des n°s 5 ou 6, parfois du 7.

Dans certains cas, il faut adjoindre au port du pessaire une colpopérinéorrhaphie.

M. Jacobs s'élève contre l'abus des opérations pratiquées dans les cas de déviations utérines.

L'hystéropexie abdominale est une intervention bénigne, mais les suites tardives peuvent être dangereuses, comme le prouvent des pièces anatomiques qu'il présente et qui démontrent l'existence d'un pédicule plus ou moins long, formé entre la paroi abdominale et l'utérus. Il peut citer un cas de mort par iléus dans lequel l'autopsie a permis de constater que l'iléus était dû à ce pédicule.

L'hystéropexie vaginale est dangereuse au point de vue de la grossesse consécutive.

Il pratique cette opération en rattachant la partie supérieure de la paroi utérine antérieure au péritoine du cul-de-sac vaginal antérieur. Sur 21 cas ainsi traités, il a vu survenir 4 grossesses à terme.

Il ne saurait trop insister sur l'importance des accidents tardifs.

M. Hartmann. — Au Congrès de Bordeaux, l'an dernier, M. Jacobs a communiqué 10 cas de rétroflexion de l'utérus gravide traités par la laparotomie suivie d'hystérectomie. Ce chiffre d'opérations m'a un peu étonné, étant donné ce que j'avais observé.

Dans les premiers mois, la rétroflexion ne détermine aucun accident et, le plus souvent, l'œuf, en se développant, amène le redressement de la déviation.

Du troisième au quatrième mois, l'utérus est à l'étroit dans l'excavation. Il y a des accidents (menaces d'avortement, accidents vésicaux, en particulier rétention d'urine, etc.). Dans 4 cas, accompagnés de rétention d'urine, j'ai réduit, sans anesthésie, l'utérus, en insinuant l'extrémité de deux doigts entre son fond et l'excavation, commençant la réduction par le fond même de l'organe. Dans les 4 cas, l'organe redressé est resté redressé et la grossesse a continué normalement.

La laparotomie ne serait indiquée que dans les cas où il existe un véritable couvercle à l'excavation, couvercle formé par des adhérences de la vessie à l'épiploon et au rectum. Mais ces cas sont d'une rareté extrême, la réduction simple sans anesthésie étant presque toujours possible.

M. Kummer (de Genève) a pratiqué 22 fois l'opération d'Alexander. Dans 5 cas il existait une rétrodéviation avec un prolapsus utérin ; 4 de ses malades ont parfaitement guéri ; chez la cinquième il y a eu récidive, mais dans ce cas il n'avait fait que l'opération d'Alexander, tandis que chez les 4 autres malades il avait pratiqué en même temps des opérations vaginales. Dans 2 autres cas, le résultat anatomique a été bon, mais il n'en a pas été de même du résultat fonctionnel, car les deux malades, neurasthéniques, ont continué à souffrir. Tous les autres cas ont été suivis de guérison parfaite, les interventions datant en moyenne de deux ans.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux). — Il faut faire la part de ce qui revient chez les malades aux altérations de l'endomètre, du col et des annexes et à l'insuffisance des parois vaginales. Le redressement de l'utérus restera le plus souvent sans donner aucun soulagement aux opérées, si on néglige de traiter, après dilatation, un endomètre malade, d'amputer un col ectropié et pesant, et de rendre à l'utérus, par la réfection des parois vaginales, sa statique normale.

Chez quatre femmes dont la rétroversion avait été traitée uniquement soit par le raccourcissement des ligaments ronds, soit par l'hystéropexie, aucun soulagement notable n'avait été obtenu. Leur guérison fut réalisée par des interventions portant sur l'endomètre, sur le col et les parois vaginales.

Dans un très grand nombre de cas, ces opérations, dites accessoires, constituent un temps tout aussi essentiel à la guérison que le redressement de l'utérus.

M. Péan (de Paris) établit une division entre les rétrodéviations utérines mobiles et les rétrodéviations utérines adhérentes.

Pour les premières, il se contente de l'emploi du pessaire en métal, aussi léger que possible, aidé, si besoin est, d'une périnéorrhaphie.

Mais dans certains cas, le pessaire ne suffit pas. Alors, il y a lieu de discuter la façon dont on va détruire les faibles adhérences qui maintiennent l'utérus rétrofléchi. M. Péan s'en tient ici à l'usage du cathéter de Sims ou au massage gynécologique qui a été mis en honneur par Thure-Brandt.

M. Péan montre ensuite comment il a été amené, pour le traitement des rétrodéviations très adhérentes, à faire d'abord l'amputation du col utérin et l'élytropérinéorrhaphie, puis à inciser le cul-de-sac de Douglas pour aller détruire les adhérences rétro-utérines, explorer la face postérieure de l'utérus et les annexes, puis, après avoir rendu à l'utérus sa mobilité, à ouvrir le cul-de-sac antérieur, à décortiquer sur la ligne médiane, sur une hauteur de 4 centimètres, la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. Il fait alors passer transversalement ou verticalement trois à cinq crins de Florence entre le revêtement celluleux de la vessie et celui de la paroi antérieure de l'utérus, de façon à les suturer l'une à l'autre. Il coupe enfin les nœuds au ras et ferme la plaie vaginale avec un étage superficiel de crins de Florence. Il a soin de ne nouer les fils qu'après s'être assuré que le corps et le fond de l'utérus sont maintenus dans une bonne position.

Mais, quand il est impossible de faire basculer la matrice et de la fixer en avant, la conduite à suivre est alors la castration utérine par la voie vaginale. Cette opération est toujours possible, grâce au morcellement.

M. Pichevin (de Paris) ne veut plus pratiquer la vagino-fixation que chez des malades non susceptibles de devenir enceintes, parce qu'il a récemment vu, à l'exemple des chirurgiens allemands, une malade traitée par colpo-hystéropexie, avec ablation unilatérale des annexes, devenir enceinte et présenter un accouchement difficile pendant lequel l'enfant est mort. Aussi, M. Pichevin s'en tient-il désormais à l'opération de Dührssen, combinée à des interventions sur le col, le vagin et le périnée.

Enfin, M. Pichevin a étudié des utérus rétrodéviés enlevés par hystérectomie. Il a constaté qu'ils avaient subi des lésions de sclérose. Le tissu musculaire était remplacé par des fibres lamineuses très denses, parcouru par des vaisseaux anormalement développés et à parois très épaissies. Expérimentalement, M. Pichevin a pu, quoique ses expériences soient encore peu nombreuses, arriver à reproduire chez la lapine des lésions semblables à celles de l'utérus de la femme rétrofléchi.

Chez les femmes jeunes, la déviation peut, par elle-même, entraîner des lésions utérines, et il est nécessaire de mettre l'organe en bonne position, ne fût-ce que par un pessaire, sans parler de l'obligation de traiter la métrite, le relâchement du plancher pelvien et, au besoin, l'inflammation péri-utérine. *(A suivre.)*

CONGRÈS DIVERS

I. — Syphilis.

SUITE (1).

M. Barbe a étudié l'emploi de l'iodure de potassium dans certains accidents de la syphilis secondaire. Le traitement par l'iodure a fait ses preuves dans la fièvre et la céphalalgie syphilitiques, dans les névralgies de même nature, dans les douleurs symptomatiques des exostoses, les myalgies, les arthralgies précoces, dans toutes ces manifestations secondaires, qui ne sont pas localisées à la peau et aux muqueuses. M. Barbe pense, contrairement à M. Mauriac, que les plaques muqueuses elles-mêmes peuvent être modifiées par l'iodure. Chez un sujet âgé de soixante-trois ans, ces plaques avaient résisté à un traitement mercuriel de trois mois (2 pilules de sublimé de 0,01) combiné avec les cautérisations au nitrate d'argent. On prescrivit alors 2 grammes d'iodure par jour, et la guérison se produisit rapidement.

(1) Voir le numéro précédent.

M. Assaky a employé l'iodhrydrate d'iodate de quinine dans les affections syphilitiques secondaires. Chez 14 malades atteints de syphilides papuleuses avec plaques muqueuses, de roséole avec syphilides muqueuses, etc., il a vu le médicament administré par la voie stomacale amener rapidement la disparition des accidents. Dans les formes légères de roséole, d'angines, de syphilides de l'amygdale, la guérison survient en 8-22 jours ; dans les cas moyens, il faut jusqu'à 40 jours. Les adénopathies se résolvent souvent en même temps que les syphilides disparaissent ; cependant il peut arriver qu'elles persistent. Le sel de quinine ne retarde pas les oxydations, car l'urée augmente sous son influence. La dose active est de 2 à 3 grammes par jour, en pilules de 0,25 tous les quarts d'heure, dans la matinée, à jeun. Les accidents d'iodisme sont rares, mais le quinisme se rencontre assez souvent.

M. Balzer a eu de très bons résultats en employant dans la *chancrelle* phagédénique l'irrigation continue avec la solution chaude de permanganate de potasse. Un de ses malades était porteur d'un bubon phagédénique datant de trois mois et consécutif à des chancres voisins de la verge ; la guérison fut obtenue en onze jours par l'irrigation continue. La durée d'une séance d'irrigation doit atteindre deux ou trois heures, la température du liquide étant maintenue au-dessus de 40° ; on débute par une solution à 1/1000e et, à la fin de la séance, on emploie une solution à 1/500e. On panse, dans l'intervalle des séances, avec de la gaze iodoformée imbibée de liqueur de Labarraque.

Il existe, dans la *blennorrhagie*, une période érosive que l'on reconnaît à l'endoscope ; de même, sur les lèvres du méat, les érosions, la dépapillation, ne sont pas rares. Enfin, la fissure ulcéreuse est un accident commun de la blennorrhagie ano-rectale. M. Jullien a insisté sur la facilité de constater l'érosion sur la muqueuse vulvaire (fourchette, orifices des glandes de Bartholin). Le diagnostic avec le chancre peut être alors très difficile. Les lésions vulvaires de la blennorrhagie sont très persistantes, presque indéfinies, et il peut se produire à leur niveau des ulcères mixtes : blenno-chancrelleux, blenno-syphilitique. (*A suivre.*)

Quelques vers de Pajot à l'occasion d'un article où Bernutz, en 4 pages, avait employé 132 fois les mots *qui* et *que* :

Qui que tu sois, quoi que l'on pense,
Pourquoi que tu romps le silence ?
Dis-moi pour que, pour qui, pourquoi ?
Que tu n'écris qu'en iroquoi ?
Te tenant coi, grand Tocologue,
Pour quiconque qui craint pour soi
Pourquoi que t'aurais pas la vogue ?
Quoi qu'en restant dans ton coin — coi ?

REVUE DE LA PRESSE

M. Perriolat, dans sa thèse (Lyon, 1896) ayant pour titre : **Considérations sur le siège, le volume et la fréquence des hernies, d'après 200 cas de hernies opérées**, arrive, d'après l'étude de 200 cas opérés, aux conclusions suivantes :

A. — Suivant les sexes. — 134 cas de hernies observées dans le sexe masculin, 66 dans le sexe féminin, donnent la proportion de 2 à l'unité pour la relation des sujets masculins aux sujets féminins atteints de hernies.

Le rapport est de 3 à 1 dans la statistique de M. le professeur Berger.

B. — Suivant les variétés de hernies : 1. — *Hernies inguinales.* Dans le *sexe masculin*, 73 % des sujets de tout âge qui représentent des hernies simples ou multiples, sont atteints de hernie inguinale.

2. — Sur 124 cas de hernies inguinales observés chez l'homme, 17 étaient inguinales doubles, 105 des hernies inguinales simples ; la hernie inguinale double est donc à la simple, chez l'homme, comme 0,115 est à l'unité.

Pour Paris, ce résultat est 4,34 à 1.

Il résulte donc de ces chiffres que, *dans l'immense majorité des cas, la hernie inguinale est un processus simple quand elle provoque des accidents.*

La proposition contraire est établie par la statistique de Paris.

3. — Les hernies inguinales droites sont aux hernies inguinales gauches comme 3 est à 1, comme 1,46 à 1 dans la statistique de Paris.

4. — Pour les hernies inguinales doubles, dans la majorité des cas, les hernies droites et gauches ont le même volume. Quand les hernies sont inégales, c'est le plus souvent la hernie droite qui l'emporte en volume.

5. — Les hernies inguinales de gros et de moyen volume sont d'une observation plus commune que les petites.

6. — Il est impossible, par l'examen sur le vivant, d'arriver à reconnaître dans tous les cas l'origine *congénitale* d'une hernie inguinale. Dans notre relevé, leur chiffre est cependant absolu, puisque toutes ont été contrôlées par l'opération.

Nous avons observé 32 cas de hernies congénitales sur 200. Dans la statistique de Paris, M. Berger n'a relevé que 479 cas avec certitude sur 10,000.

7. — De même pour les hernies inguinales directes, on n'a aucun moyen sur le vivant de les diagnostiquer d'une manière certaine, de celles qui appartiennent à la variété oblique externe. Nous n'en avons noté qu'un seul cas.

8. — Dans le *sexe féminin*, la hernie inguinale simple ou double, seule ou associée à d'autres hernies, s'observe sur 14,1 °/₀ des sujets de tout âge atteints de hernies. Cette relation est de 44,6 °/₀ à Paris.

La hernie inguinale simple est environ quatre fois plus fréquente que la double.

9. — D'après nos relevés, la *hernie crurale*, pour le sexe masculin, est bien moins rare que dans ceux de M. Berger (6,6 °/₀); elle atteint 15,38 °/₀ des sujets atteints de hernies; elle est assez souvent associée à une hernie inguinale.

La bernie crurale double est à la hernie crurale simple comme 1 est à 6; elle a peu près la même fréquence dans la statistique parisienne.

La hernie crurale droite s'observe deux fois plus souvent que la gauche.

10. — Dans le sexe féminin, la hernie se rencontre sur 60,88 °/₀ des sujets atteints de hernies.

Contrairement à l'opinion de M. Berger, elle est donc *plus fréquente que la hernie inguinale*. Pour lui, le rapport de la hernie inguinale à la hernie crurale est comme 1,35 à 1.

11. — La coexistence uni ou bilatérale d'une hernie inguinale et d'une bernie crurale siégeant du même côté et formant une même tumeur herniaire constituant la *distension de l'aine*, a été observée deux fois dans le sexe masculin et une fois chez la femme.

M. Berger en a observé 207 cas chez l'homme, 10 chez la femme.

12. — La *hernie ombilicale*, dans le sexe masculin, représente 1,46 °/₀ seulement des hernies existantes; 10,2 °/₀ chez la femme. A Paris cette relation est de 5,46 pour l'homme, de 27,34 °/₀ pour la femme.

Chez l'homme, la hernie ombilicale est presque toujours accompagnée d'autres hernies. Elle s'observe presque toujours seule chez la femme.

13. — Les hernies épigastriques sont d'une égale fréquence chez l'homme et chez la femme. Elles représentent dans notre statistique 0,89 °/₀ du chiffre total des hernies, tandis qu'elle n'entre que pour 0,96 °/₀ dans celle de Londres relevée par Macready. Pour Paris la proportion est plus élevée, 1,37 °/₀.

14. — Les *laparocèles* ou *hernies des arcades Douglas* au nombre de 2 chez l'homme ; 2 cas de hernies obturatrice, 1 cas de bernie inguinale à double sac complètent ce relevé qui comprend 150 bernies observées et opérées sur 134 sujets masculins de tout âge; 79 bernies reconnues et opérées sur 66 sujets du sexe féminin. La proportion des bernies suivies d'opération à ceux qui les portent, dans le sexe masculin, est comme 1,16 est à l'unité; dans le sexe féminin, comme 1,18 est à l'unité, et dans les deux sexes, comme 1,27 est à l'unité.

— La *Presse médicale* donne le résumé suivant d'un travail de M. Penzo, intitulé : **De l'influence de la température sur les processus inflammatoires infectieux,** et paru dans la *Riforma medica*, n° 137, p. 734, 1896.

Le travail de l'auteur est basé sur 30 expériences, dans lesquelles il a déterminé des processus infectieux dans des points symétriques des deux oreilles du même lapin, en injectant sous la peau des cultures en bouillon de microbes pyogènes; l'une des deux oreilles fut exposée à une température très basse (8 à 11°); l'autre, au contraire, à une température élevée (jusqu'à 39°).

Les résultats obtenus sont les suivants :

1° Les températures élevées favorisent et accélèrent l'apparition et l'évolution de l'infection, tandis que les températures basses exercent une action opposée.

Les températures élevées facilitent, d'une façon considérable, la résolution de l'inflammation et le retour de la région malade à l'état normal; par le froid, les manifestations inflammatoires régressent assez lentement et l'on voit parfois se produire des accidents graves, relevant de l'infection.

2° Lorsque l'oreille lésée d'un lapin vient à être exposée à une température glacée, celle-ci exerce une action bienfaisante en favorisant la limitation du processus, sa résolution et la restitution *ad integrum* de la partie malade; le froid, en affaiblissant la violence du processus, semble diminuer la résistance des tissus; il exerce donc une action opposée à celle de la chaleur.

3° Lorsque le même processus infectieux est réveillé dans les deux oreilles d'un lapin, lorsque, pendant le même laps de temps, l'une est soumise à l'action du froid, l'autre à celle de la chaleur, on observe, en mettant le lapin en liberté, que, dans l'oreille soumise à l'action du froid, l'inflammation progresse rapidement, tandis que c'est l'inverse qui se produit dans l'autre oreille. D'autre part, si l'on met en liberté l'animal au moment où l'inflammation de l'oreille, soumise à l'action de la chaleur, n'est pas encore arrivée à la période de résolution, et tandis que la lésion de l'oreille soumise à l'action du froid n'est encore qu'au début, on constatera que le processus inflammatoire finit par se développer en même temps dans les deux oreilles et qu'il peut aboutir à la guérison.

4° Si, après avoir déterminé dans une oreille une hyperhémie et une paralysie vaso-motrice très prononcée par l'extirpation du ganglion cervical supérieur du côté correspondant, on provoque dans cette oreille, ainsi que dans l'autre, dont l'innervation est restée intacte, un processus inflammatoire infectieux; si ensuite on expose l'oreille atteinte de pa-

ralysie vaso-motrice à l'action du froid et l'autre, avec l'innervation intacte, à celle de la chaleur, on ne constate pas les modifications qu'aurait dû produire l'altération de l'innervation dans l'évolution du processus inflammatoire. L'action de la chaleur et celle du froid est exactement la même que dans le cas spécifié dans la première conclusion.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1896

La séance est levée en signe de deuil; l'Académie vient de perdre en M. JULES ROCHARD un de ses anciens présidents les plus sympathiques, un de ses membres les plus éminents.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la structure réticulaire des cellules nerveuses centrales. — Note de Mlle WANDA SCZAWINSKA, présentée par M. Milne-Edwards.

Il suit des dernières recherches de Flemming (1896) que la substance fondamentale du cytoplasma nerveux des cellules nerveuses centrales contient, en dehors des masses protoplasmiques chromophiles découvertes par Nissl, de fines fibrilles indépendantes, très courtes, à parcours sinueux. Ces fibrilles prennent une disposition linéaire et parallèle dans les prolongements des cellules, elles n'affectent plus la même disposition dans leur corps : elles s'agencent ici sans une orientation spéciale dans les trois directions de l'espace. Flemming constatait toujours l'indépendance de ces fibrilles; il ne s'oppose cependant pas à admettre l'existence des anastomoses servant à les unir, ces anastomoses pouvant être masquées par les masses protoplasmiques chromophiles.

Nous avons vu ces anastomoses, et même nous avons observé dans les cellules nerveuses centrales un vrai réseau du cytoplasma nerveux.

Visible déjà à un faible grossissement (180 de diamètre), il est constitué par de fines fibrilles anastomosées entre elles pour décrire des mailles polygonales. Ces mailles, disposées irrégulièrement dans le corps des cellules, prennent parfois un agencement régulier; elles se suivent alors en des filets parallèles, donnant à la cellule l'aspect fibrillaire. Cette disposition est très fréquente dans la partie superficielle du réseau du corps cellulaire; elle est presque la règle dans ses prolongements. Le même réseau se trouve dans le cylindre-axe. En dehors du réseau décrit tout à l'heure, nous avons constaté autour de certaines cellules l'existence d'un autre réseau : à mailles deux fois plus grandes que celles du réseau précédent. Celui-là présentait une sorte d'enveloppe cellulaire.

Il suit de nos recherches sur la structure des cellules nerveuses de la moelle des raies, que les fibrilles libres n'existent pas dans le cytoplasma nerveux; qu'au contraire, ce cytoplasma renferme un vrai réseau fibrillaire. Ce réseau devient invisible toutes les fois que l'autre partie du cytoplasma remplissant ses mailles est mise en évidence.

ÉCHOS & NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen de cette Faculté est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait à ladite Faculté par le sieur Rigout, le revenu devant, après le décès de l'usufruitière, recevoir l'affectation suivante :

1° 500 francs pour la meilleure thèse de chimie biologique ou de chimie physiologique, ou de bactériologie;
2° 300 francs à la bibliothèque de la Faculté;
3° 300 ou 200 francs, suivant le cas, à servir annuellement à la Société d'Enseignement (ligue Macé).

Legs aux hospices de Lyon. — Le professeur Desgranges, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a légué : aux hospices de cette ville, une maison de la valeur de 500,000 francs; à l'Association des médecins du Rhône, 20,000 francs, et au dispensaire général, 5,000 francs.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. le docteur Rodet, chef des travaux de médecine expérimentale, est chargé d'un cours de bactériologie pendant l'année scolaire 1896-1897.

Les chiens ambulanciers. — On peut voir, depuis quelque temps, circuler dans les rues du village de Lechensch, près de Cologne, un véritable bataillon de chiens que leur maître dresse pour le service des ambulances en vue des prochaines grandes manœuvres allemandes.

Chaque animal porte sur son dos une petite selle munie de poches contenant tout ce qu'il faut pour opérer un premier pansement provisoire, ainsi qu'une gourde remplie d'eau-de-vie.

On apprend aux chiens à reconnaître les blessés et à se baisser vers eux pour leur permettre, en attendant les brancardiers, d'étancher leur soif et de soulager un peu leurs souffrances.

Une grande croix rouge est marquée sur la selle, et des bretelles de cuivre servent à fixer, sur la croupe de l'animal, une petite lanterne à réflecteur qu'on allume pour le service de nuit.

Les chiens ambulanciers ont déjà figuré aux manœuvres allemandes l'année dernière, où leur utilité a été reconnue; aussi, cette année, leur initiateur a-t-il été chargé de dresser, à cet effet, toute une meute. Il a choisi des chiens écossais de taille moyenne, dont l'intelligence et la docilité à apprendre sont, paraît-il, remarquables.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10

N° 39. L'UNION MÉDICALE 26 Septembre 1896.

SOMMAIRE

LES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Deuxième session*)

Tenu a Genève le 1er septembre 1896

suite et fin (1)

TROISIÈME QUESTION

Meilleur mode de fermeture de l'abdomen

M. de la Torre (Rome), rapporteur

La fermeture complète de la plaie abdominale est, à l'heure actuelle, généralement admise, ainsi que la nécessité de la réunion par première intention; mais on n'est pas encore d'accord sur la définition et la pathogénie des hernies et des éventrations post-opératoires. On n'a jamais eu l'idée de déterminer exactement quels sont les tissus qui doivent être incisés et suturés, quels sont les fils et le mode de fermeture les meilleurs pour avoir une cicatrice solide qui puisse s'opposer aux hernies, etc.

Nous étudierons : 1° quels sont les tissus qui doivent être incisés et suturés pour avoir une réunion par première intention et une cicatrice assez solide; 2° quels sont les fils qui font le mieux coapter les lèvres de la plaie en la mettant à l'abri de toute infection; 3° quel est le meilleur mode de suture, qui assure le mieux une large surface de contact entre les tissus homonymes. Cela fixé, nous devrons étudier la fermeture de l'abdomen dans les circonstances les plus ordinaires : *a*) lorsqu'on opère d'après la méthode péritonéale; *b*) lorsqu'on opère d'après la méthode extra-péritonéale.

La fermeture peut être primitive et secondaire, c'est-à-dire quand on suture l'abdomen pour la première fois et quand on le ferme pour une seconde fois, ou une troisième fois par la méthode extra-péritonéale.

Fermeture de l'abdomen :
a) Méthode intra-péritonéale;
b) Méthode extra-péritonéale.

(1) Voir les nos 36 à 38 de l'*Union médicale*.

A. — Méthode intra-péritonéale. Fermeture primitive

1° *Incision*. — Les meilleurs tissus à inciser et à suturer pour avoir une réuion par première intention et une cicatrice solide, sont les tissus musculaires, parce qu'ils sont riches en tissus connectifs et en vaisseaux; les tissus aponévrotiques sont peu favorables à la réunion, parce qu'ils en sont dépourvus. Et, pourtant l'incision sur la ligne blanche est presque la seule que l'on pratique.

Cette incision médiane offre évidemment des avantages. Les plus sérieux sont que l'on coupe presqu'à blanc et que l'on évite des hémorragies. Mais aujourd'hui, après les recherches de Dembowschi-Mickulicz et de Veit-Neiser sur les conséquences d'un peu de sang dans la cavité péritonéale, ces avantages n'ont plus la même importance.

Par contre, l'incision et la suture d'une plaie faite sur l'aponévrose de la ligne blanche présentent des inconvénients très sérieux, tels qu'une cicatrice mince et qui se déchire facilement, ou un défaut de réunion des lèvres aponévrotiques : toutes conditions favorables à la production des hernies.

Pourquoi l'incision de la ligne blanche s'est-elle donc seule conservée jusqu'à nos jours?

1° Parce qu'on est parti d'une idée fausse sur le mécanisme de formation des hernies et qu'on a mal conçu, par conséquent, les moyens destinés à les prévenir, en se préoccupant des petits détails de la technique, sans songer aux conséquences de la cicatrice; 2° parce qu'on a suivi trop aveuglément les doctrines anciennes affirmées par Spencer Wells; 3° parce qu'une incision sur un côté empêchait la libre manœuvre du côté opposé; 4° parce qu'on craignait l'épanchement sanguin.

Il eut été certainement téméraire de se heurter autrefois contre quelques-uns de ces arguments considérés comme des dogmes. Tout cela a bien perdu aujourd'hui de son importance, et l'incision sur la ligne blanche n'est conservée qu'en raison de sa simplicité.

Je crois que cela est trop peu, et c'est vous dire que je préfère l'incision à travers le muscle, dont la valeur est démontrée par mes expériences et mes recherches microscopiques.

Comment doit-on procéder pour une suture en

plein muscle? Dans les méthodes les plus en usage aujourd'hui, on incise sur les muscles; ce sont celles de Fritsch, de Edebohls, d'Abels; tous les trois, ils coupent sur un muscle droit, respectent et laissent en place l'aponévrose de la ligne blanche. La cicatrice qui en résulte doit être excellente. Mais il y a un inconvénient, c'est que, laissant en place l'aponévrose de la ligne blanche, on peut observer sa distension à la suite de grossesses, de tumeurs, d'ascite, etc., et voir se former une de ces pseudo-éventrations, volumineuses, graves, gênantes, etc. Il y a donc dans cette méthode un point à modifier; il faut enlever l'aponévrose et suturer sur les bords des muscles droits cruentés.

2° *Fils.* — Les fils doivent posséder certaines qualités : faire bien coapter les lèvres de la plaie et la mettre à l'abri de l'infection. Les fils les plus en usage sont le fil d'argent, le crin, la soie et le catgut.

De ces quatre fils, le fil d'argent se stérilise avec une extrême simplicité; il suffit de le passer à la flamme. Le crin peut aisément être soumis à l'ébullition. La soie se stérilise avec une grande facilité en la faisant bouillir pendant dix minutes dans une solution de sublimé à 1 °/₀₀. Seule, la stérilisation du catgut est longue et difficile, mais on en trouve de bien pur aujourd'hui. Au point de vue de l'asepsie, on ne devrait pas avoir l'embarras du choix; le fil d'argent et le crin devraient être les préférés, le crin particulièrement. En effet, il ne s'effiloche pas comme la soie, il ne s'enroule pas comme le fil d'argent, il ne se casse pas comme le catgut; il se crevasse seulement, mais il résiste.

Edebohls vient d'apporter une très importante modification à la préparation du catgut. Il prépare le catgut avec une solution de bichromate de potasse, et puis le stérilise. Le catgut, ainsi préparé, dure environ six semaines avant d'être absorbé, ce qui permet à la réunion de se faire parfaitement.

3° *Sutures.* — Peut-être s'est-on trop occupé de la suture; elle représente certainement un des facteurs pour obtenir une bonne cicatrice, mais la suture n'est pas tout; son importance varie selon les tissus sur lesquels elle est pratiquée; c'est ainsi que tous les types de suture ne sont pas également bons lorsqu'on réunit l'aponévrose de la ligne blanche, tandis qu'ils peuvent être tous excellents quand la suture se fait sur les tissus musculaires.

Depuis que Kovacs inaugura la suture à trois étages, depuis Broer, Schröder et A. Martin ont généralisé la suture à plans superposés ou perdue; on ne devrait plus parler d'autres modes de suture, la suture à plusieurs plans devrait s'imposer.

Il résulte de mes recherches que la suture en masse, pratiquée avec toutes les précautions, a donné des hernies, tandis que les sutures à étages ont bien réussi, c'est pourquoi la plus grande partie des chirurgiens ont abandonné la suture en masse.

Les conditions indispensables pour une bonne suture sont : qu'il y ait une parfaite coaptation dans toute l'étendue de l'incision, de façon qu'il ne reste pas d'espaces morts et que les points ne soient pas trop serrés pour couper les tissus.

Voici le procédé auquel je donne la préférence. Il n'y a rien de modifié dans la préparation générale de la malade et dans la technique opératoire ordinaire. J'ouvre la peau, l'aponévrose de la ligne blanche et le péritoine en incisant sur la ligne médiane, précisément comme dans toute laparotomie, et cela pour bénéficier de tous les avantages que l'incision à cet endroit nous offre. Puis je pratique mon opération quelle qu'elle soit. La toilette de la cavité péritonéale finie, je passe à la fermeture du péritoine avec un premier plan de suture à surjet au catgut.

Cela fait, au lieu de suturer les lèvres de l'aponévrose de la ligne blanche, je les enlève en coupant avec des ciseaux ou le bistouri le bord interne des muscles droits, en enlevant, bien entendu, une petite tranche des muscles mêmes. J'ôte donc tout le tissu fibreux de la ligne blanche et un peu de tissu musculaire, après avoir fermé la cavité péritonéale, pour me mettre à l'abri de tout épanchement sanguin intra-péritonéal. Le suintement sanguin fini, je pratique un second plan de suture à surjet au catgut sur les lèvres du fascia transversalis ou sur celles des feuilles postérieures de la gaine des muscles droits; avec un troisième étage de suture à la soie ou au catgut gros, je réunis les deux muscles droits, ayant la précaution de ne pas trop serrer les points; en effet, si les points sont trop serrés, les surfaces de section des muscles ne sont plus en contact, les faces supérieures des muscles s'adossent et la réunion ne peut avoir lieu; les éléments histologiques sont séparés par une mince couche de tissu cicatriciel et les bords des muscles restent séparés par quelques millimètres environ. Un quatrième plan de suture à surjet au catgut réunit les feuillets antérieure de la gaine musculaire, et un cinquième plan à surjet ou à points séparés à la soie, ou fil d'argent ou crin, ferme la peau avec un tissu sous-cutané.

Si la peau est en excès à cause de la section de l'aponévrose, on peut en couper une partie; de même s'il s'agit de graisse qui fait hernie.

B. — Méthode extra-péritonéale

S'il nous est facile de bien fermer l'abdomen en opérant d'après la méthode intra-péritonéale, il n'en est pas de même quand on est forcé de fixer au dehors le pédicule. Nous savons, en effet, combien de

fois cette méthode donne lieu aux hernies et comme il est difficile de les éviter.

La fermeture qui paraît garantir le mieux contre les éventrations est, à mon avis, celle de Durante (Rome), qui apporte à la méthode ordinaire une série de modifications heureuses. La première, assurément la plus importante, c'est qu'il ne pratique pas la ligature élastique autour du col utérin. Il passe au niveau des annexes, successivement, sur l'un et l'autre ligament large, une aiguille munie d'un double fil de catgut qu'il noue énergiquement, de façon à lier les vaisseaux tubo-ovariens, et pour que le fil ne s'échappe pas, il le fait passer sur le bord libre et externe du ligament large, sous la couche péritonéale, à un centimètre au-dessous de la section des tissus pédonculés. Puis, avec la même aiguille et à l'aide d'un porte-aiguille, il va sur les côtés et en bas, sur les bords de l'utérus où s'élèvent les principales branches de l'artère utérine. On passe alors l'aiguille entre les couches musculaires pour la faire sortir à travers les feuillets du ligament large dans le but de comprendre et de serrer fortement le tronc de l'artère utérine. Avec ces ligatures préventives, les branches vaginales ne donnent que de très petites quantités de sang, de même qu'il n'y en a pas pendant que l'on pratique deux lambeaux péritonéaux et que l'on ampute le col utérin. Cela fait, on saisit le moignon utérin et on l'attire au dehors vers le pubis où on cautérise profondément la petite cavité cervicale restée. Après cela, on recouvre le moignon des deux lambeaux par un surjet au catgut et on passe à la suture du péritoine pariétal. Celui-ci est fixé d'abord à points séparés autour du pédicule et fermé après avec un surjet dans tout le reste de l'incision abdominale. Le même procédé est appliqué sur un second plan de suture, au niveau de la ligne blanche. Enfin, avec une troisième suture à points séparés au fil d'argent, on fait glisser et on réunit la peau sur le moignon ainsi fixé. La peau se réunit par première intention. Le pédicule n'est pas libre dans la cavité péritonéale, il n'est pas non plus au dehors, mais il reste fixé et enfermé dans l'épaisseur de la paroi abdominale en rapport avec la face profonde de la peau.

Les avantages de ce procédé sont nombreux et intéressants. En ce qui concerne la cicatrice, nous n'avons pas d'abord le pédicule au dehors, où il dérange le processus de réparation. Il n'est pas en contact avec les agents externes, cause souvent de suppuration ; puis le pédicule n'ayant pas été lié et tiré au dehors, ne subit pas de profonde atrophie de la partie liée ni de tiraillement. Il n'affaiblit ni ne déchire la cicatrice, constituant par cela même une condition grandement défavorable à la production des éventrations.

CONCLUSIONS

On doit entendre par hernie ou éventration post-opératoire, la sortie des viscères à travers les muscles droits par le relâchement de la cicatrice qui les réunit, sur une solution de continuité du plan musculo-aponévrotique.

Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois ; lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale, on pratiquait la suture en masse, et on avait de la suppuration. Les hernies sont moins fréquentes aujourd'hui, depuis que l'on suture d'après la méthode intra-péritonéale ou d'après la méthode extra-péritonéale modifiée par Durante, et à plusieurs étages.

Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de trois facteurs principaux : *a*) les tissus à inciser et à suturer ; *b*) les fils à suture ; *c*) le mode de suturer. Les facteurs les plus importants sont l'incision et la suture, c'est-à-dire l'endroit où l'on doit inciser, et comment on suture les tissus.

La suture faite sur les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent cause des hernies ; il n'en est pas de même de celle pratiquée en plein muscle.

La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique et la suture sur l'aponévrose y exposant, on doit faire porter l'incision sur la ligne blanche, et, avant de suturer, enlever les tissus aponévrotiques de cette ligne jusqu'à la substance musculaire des droits, et suturer les gaines et les muscles. Pour les femmes vieillies ou devenues stériles, l'incision et la suturation en étage sur la ligne blanche peuvent, à la rigueur, être pratiquées, si l'on peut réaliser pendant et après l'opération les nombreuses et importantes conditions qui assurent une bonne cicatrisation. Mais cela étant presque impossible, on peut recourir à l'incision et suture du muscle, laissant la ligne blanche, comme pratiquent Fritsch, Abel, Edebohls. Je crois qu'il vaut mieux prévenir que d'avoir à opérer plus tard une éventration, et j'enlève la ligne blanche avant de fermer le ventre. Dans les cas de fermeture secondaire de l'abdomen, l'incision et la suture doivent être toujours faites sur les tissus musculaires des droits.

Les fils les plus en usage sont la soie, le catgut, le fil d'argent et le crin de Florence. Tous sont bons, peuvent être stérilisés. La soie et le catgut sont préférables.

Le meilleur mode de suture doit toujours être celui à plusieurs étages, la préférence doit être donnée à la suture à surjet mixte, en suturant séparément : 1° le péritoine ; 2° les feuillets profonds de la gaine des muscles droits et le fascia tranversalis ; 3° les muscles droits ; 4° les feuillets superficiels de la gaine musculaire ; 5° la peau avec son tissu sous-cutané.

Il n'est pas souvent permis en pratique d'être exclusiviste, surtout en ce qui concerne les fils et le type de suture. Il est bon d'être éclectique et de se comporter différemment selon les cas et les circonstances, mais les tissus doivent toujours être traités comme je l'ai indiqué.

Il est nécessaire que l'opérée évite, après l'opération, toutes les circonstances qui peuvent compromettre la réunion par première intention et qu'elle observe pendant un certain temps un grand nombre de prescriptions indispensables pour la conservation de la solidité de la cicatrice.

M. Granville-Bantock, corapporteur

Voici les conclusions du rapport :

1° Les bactéries ne sont pour rien dans la genèse de la suppuration, car elles sont l'effet et non la cause des conditions spéciales dans lesquelles on les rencontre. Les abcès survenant dans les plaies ou sur le trajet des sutures ne sont pas dus à la pénétration de « germes » ou de bacilles adultes, mais proviennent, dans le premier cas, de la présence de matière morte agissant comme corps étranger, et dans le second, de la compression des tissus, produite par des sutures trop serrées ;

2° A l'ordinaire, la simple suture à points séparés suffira à toutes les exigences de la pratique ;

3° Chez les sujets très maigres ou très gras on devra fermer le péritoine séparément par la suture en surjet, tandis que le reste de la plaie abdominale sera réuni par un ou deux étages de sutures ;

4° Le crin de Florence constitue le meilleur matériel de suture pour celle à points séparés, tandis qu'il sera préférable d'employer le catgut, non préparé à l'acide chromique, pour les sutures perdues.

DISCUSSION

M. Sabino-Coelho (de Lisbonne) fait de préférence la suture à points séparés avec de la soie tressée. Les fils profonds traversent tous les tissus, les superficiels traversent seulement la peau.

Il utilise le fil d'argent ou les crins de Florence, en cas d'infection possible.

M. Doléris a pratiqué, une dizaine de fois, la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche, et a réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait toujours de laparotomies ne nécessitant qu'une courte incision sous-ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Quand il s'agit de sections étendues et lorsque la paroi abdominale a été distendue et amincie par une tumeur volumineuse ou par des grossesses répétées, il y a avantage à réséquer autant que possible la ligne blanche, très élargie en pareil cas. C'est sa pratique habituelle, mais il n'a jamais, de parti pris, pratiqué la résection totale de la bande fibreuse, comme le conseille M. La Torre.

On doit se demander ce que devient la cicatrice tégumentaire après une telle perte de substance suivie du rapprochement des muscles droits, et il semble que l'affrontement ne peut se faire sans déformation de la plaie cutanée, en raison de l'exubérance de la peau.

En ce qui concerne la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure, d'après les expériences sur les animaux, dont la statistique est si différente de la nôtre. M. La Torre a opéré sur la région sous-ombilicale. Or, cette région de la paroi, chez le chien, par exemple, ne supporte aucun effort, tandis que la région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts et les effets habituels de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits, chez les animaux, pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, et notamment de la résistance d'une pareille suture. M. Cazin, dans ses expériences, s'était justement placé dans l'une et l'autre condition.

M. Laroyenne (de Lyon). — En étudiant les éventrations consécutives à une ou plusieurs grossesses, Glenard a remarqué que l'écartement de la ligne blanche, dans son ensemble, semblait dépendre surtout de l'affaiblissement de sa partie sus-pubienne. Si la paroi résiste dans une étendue de 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis, l'éventration ne se produit pas en un point plus élevé ou bien elle a peu de largeur. En s'inspirant de cette remarque, quand il fait une laparotomie, il arrête son incision de la paroi à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis, quand c'est possible.

Quand il draine, il applique au niveau de l'orifice intercepté par le drain ou la mèche de gaze, un ou deux points de suture métallique ne comprenant que le muscle, l'aponévrose et le péritoine et ne traversant pas la peau. Ces fils, ainsi placés, sont serrés au moment du retrait du drainage.

M. Jayle (de Paris). — « En l'absence de mon maître, M. Pozzi, permettez-moi de vous donner l'exposé de sa technique opératoire dans la fermeture de la paroi abdominale. Trois règles sont à poser : 1° pratiquer une incision aussi courte que possible ; 2° suturer les tissus divisés aussi exactement que l'on peut ; 3° pratiquer un large avivement des muscles droits, de façon à les suturer l'un à l'autre en les confondant, pour ainsi dire, en un seul et même muscle.

« L'incision peut être très courte, surtout si l'on a soin de pratiquer l'exploration du petit bassin non

avec l'œil mais avec le doigt. En agissant ainsi, on n'arrive à donner, à la très grande majorité des incisions, guère plus de 5 à 7 centimètres.

« La suture exacte des parois se fait grâce à la suture à trois plans, déjà recommandée par M. Pozzi, en 1887, à la Société de Chirurgie : surjet au catgut sur le péritoine, surjet au catgut sur le plan musculo-aponévrotique, surjet de la peau ou suture intra-dermique avec un ou deux points de renfort à la soie comprimant toute l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose.

« Enfin, le large avivement des muscles droits est obtenu de la façon suivante : les gaines aponévrotiques ont été ouvertes dès le début de l'opération et les muscles avivés en quelque sorte; la suture les adosse très facilement et les relie intimement, tout en prenant, par dessus eux, l'aponévrose. La fusion musculaire est complète, comme l'ont montré quelques laparotomies secondaires au cours desquelles il fallait absolument passer à travers la paroi musculaire ainsi créée. Élève de M. Pozzi depuis bientôt trois ans, je l'ai toujours vu recommander ce point de technique qu'il pratiquait, d'ailleurs, bien auparavant.

« J'ajoute que pour obtenir une suture parfaite, au point de vue esthétique, il faut encore tenir compte des deux détails suivants : 1° pratiquer une suture intra-dermique ; 2° faire l'incision bas, de façon que la ligne de suture soit recouverte en partie par les poils repoussés.

« Chez les femmes opérées avec ce soin minutieux, on trouve parfois à peine la trace de l'intervention chirurgicale. Quant aux résultats, ils sont excellents. Je ne dis pas qu'il n'y ait jamais de hernie, mais les cas en sont exceptionnels : la présence de l'éventration est alors le plus souvent due soit à ce qu'un drainage a été nécessaire, soit à ce que, par suite d'une faute opératoire, il y a eu un abcès de la paroi. »

M. Condamin (de Lyon), dans les pertes de substances étendues, recommande une suture en surjet très serré que l'on passe de haut en bas sans exercer de tractions sur les anses : de cette façon, tous les points sont passés sans difficulté et sans risque de blesser l'intestin. Puis ceci fait, on exerce des tractions de haut en bas sur chaque anse : il se fait un rapprochement plus ou moins complet; une seconde et une troisième série de tractions, si c'est nécessaire, sont effectués, et la réunion est complète.

L'auteur a fait une série d'expériences qui lui ont démontré que dans les cas où l'on ne pouvait obtenir la réunion par des points séparés ou une suture en surjet, on pouvait l'obtenir par la suture en « lacet de corset ».

Ce procédé de suture est donc indiqué :

1° Dans les grosses hernies ombilicales traitées par l'omphalectomie ;

2° Dans les laparotomies pour péritonite, quand la distension des anses intestinales gène la réunion;

3° Dans les pertes de substances un peu étendues, comme c'est le cas dans les ablations de fibrome des parois;

4° Dans les laparotomies sus-ombilicales, où la réunion est toujours difficile ;

5° Cette suture rend impossible la blessure de l'intestin qui, dans les cas où la réunion est difficile, vient se placer entre les lèvres de la plaie, par suite de la compression qu'elle subit;

6° Cette suture, tout en permettant une réunion plus complète, expose moins que les autres aux arrachements des tissus compris dans les anses du fil.

M. Queirel (de Marseille) pratique également la suture par étages. Pour les grosses hernies, il fait comme Thiriar, de Bruxelles, il insère une lamelle d'os decalcifié entre l'aponévrose et le muscle. Il a pratiqué cette petite modification trois fois, et il a obtenu d'excellents résultats; elle conviendra aux cas où l'on doit obtenir, avec une paroi très relâchée, une cicatrice très solide.

M. Byford (de Chicago). — Les deux conditions qui peuvent donner lieu aux éventrations et hernies post-opératoires, sont l'infection d'une part, et d'autre part le défaut de coaptation des plans de la paroi.

En ce qui concerne la coaptation des plans, il est indispensable de faire une incision bien nette, et d'accoler exactement les tissus plan par plan, pour obtenir des rapports analogues à ceux qu'ils présentent à l'etat normal. Il préfère à toutes les autres l'incision médiane. Il faut éviter soigneusement l'infection, car elle peut empêcher la réunion par première intention.

M. Rapin (de Genève). — L'aspect de la cicatrice abdominale dans les laparotomies, a une importance de second ordre. On peut cependant atténuer la difformité produite par une cicatrice, en choisissant un procédé d'incision cutanée qui laisse des traces peu apparentes. Depuis deux ans, il incise la peau, non plus sur la ligne blanche, mais en travers, à 3 ou 4 centimètres et parallèlement à la limite supérieure des pubis. Cette incision, à laquelle il donne le nom d'incision *esthétique*, a déjà été recommandée par le professeur Kustner, de Breslau, sous le nom d'incision cruciale.

Voici comment il procède : Il fait une incision transversale, concave en haut, de 6 à 10 centimètres de longueur, intéressant la peau, le tissu adipeux jusqu'à l'aponévrose. Il dissèque l'aponévrose sur la

ligne blanche et fixe le lambeau cutané supérieur avec une suture provisoire, un peu au-dessous de l'ombilic; puis il fait, sur la ligne blanche, une incision verticale de 4 à 8 centimetres, suivant les besoins, à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est faite à trois plans, de façon à remettre en place les tissus. Il importe d'affronter exactement et minutieusement la peau, si l'on veut avoir une cicatrice peu visible. Les fils doivent être enlevés de bonne heure, au troisième jour, pour éviter qu'ils ne laissent des traces longtemps visibles.

M. Rendu (de Lyon). — Un grand nombre de plaies abdominales opératoires pansées avec le Mickulicz s'infectent secondairement; aussi il trouve qu'il y a une grande utilité à retarder le premier pansement de ces plaies, et à attendre vingt-cinq ou trente jours pour substituer un nouveau Mickulicz à celui du début.

M. Rein (de Kiew). — Croit que la suture abdominale ne doit pas être la même dans tous les cas. Chez les nullipares, chez les femmes qui ont des parois abdominales résistantes, vous n'aurez besoin de n'employer aucune autre suture que la suture à points séparés, mais bien faite. Si, au contraire, on opère une multipare à parois abdominales distendues et amincies, il faut employer la suture en surjet et à deux étages.

M. Alban Dorian (de Londres) a examiné un grand nombre de malades laparotomisées depuis cinq, dix ans, et davantage. Il faut attendre plus de deux ans avant d'être certain que la malade est à l'abri de toute éventration. Une des causes de la hernie consécutive à l'opération réside dans ce fait que l'opérateur comprend parfois dans sa suture un prolongement du péritoine et qui constitue le point de départ d'un sac herniaire, en même temps que ce fragment interposé empêche la réunion des tissus sous-jacents. Généralement, il fait la suture en masse par points séparés au crin de Florence; cependant, chez les sujets très gros, il vaut mieux y joindre la suture de l'aponévrose par un surjet au catgut. Quand on fait la cure radicale d'une éventration, il faut pratiquer la suture à trois étages et unir chaque couche par un solide surjet au catgut.

Sur les malades qu'il a vues longtemps après une laparotomie, la majorité n'avait pas de hernies. Il a la conviction que les accidents de ce genre sont en raison inverse de l'habileté de l'opérateur. Cependant, quelles que soient la méthode et l'habileté du chirurgien, l'éventration peut quelquefois se produire.

Le tympanisme est une cause qui agirait dans ce sens; il faut y ajouter les imprudences de beaucoup de malades après leur opération et leur négligence à obéir aux prescriptions du chirurgien.

M. Doyen (de Reims). — Chez la femme, dans la région ombilicale et sous-ombilicale, ferme la plaie par une double suture :

1° Suture péritonéo-aponévrotique à points séparés, au catgut de Reverdin, dégraissé et stérilisé à la chaleur sèche, et qu'il chauffe ensuite dans l'alcool phéniqué;

2° Suture de la peau au crin de Florence.

Il ne ferme le péritoine et l'aponévrose en surjet que dans les cas de petites incisions et de tension nulle des parois abdominales.

Si la couche adipeuse sous-cutanée est très épaisse, il la rapproche par deux ou trois sutures de catgut médiocrement serrées et très espacées.

M. Engström. — Pour réaliser une bonne fermeture de l'abdomen, il convient d'affronter exactement et couche par couche les tissus divisés; on fait une suture à points séparés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. C'est ainsi qu'il a procédé dans 196 premières laparotomies; il n'a que très rarement observé des hernies consécutives à l'opération.

Depuis lors, les sutures ont compris alors toute l'épaisseur de la paroi abdominale; mais avant de nouer les fils, il a suturé au catgut le péritoine et le fascia. Telle a été sa manière d'opérer dans 354 cas.

Enfin, dans 153 dernières laparotomies, il a suturé à la soie seulement la peau, le muscle et le fascia, mais non le péritoine, à cause du danger d'infection provenant de la peau, dont l'asepsie absolue est très difficile à réaliser.

Il a obtenu ainsi de bons résultats. Il faut s'efforcer d'assurer une asepsie et une hémostase aussi complètes que possible.

M. Queirel (de Marseille). — Trois points sont acquis au sujet du mode de fermeture de l'abdomen : d'abord il est nécessaire de faire une incision suffisamment longue; ensuite il ne faut pas se préoccuper de la ligne blanche, et, enfin, on doit employer la suture à étages.

Dans sa pratique personnelle, il commence par fermer le péritoine au catgut, puis il suture les muscles et les deux aponévroses avec de la soie plate, et enfin il réunit la peau par des points profonds à la soie plate et des points superficiels au crin.

Il a eu toujours d'excellents résultats avec ce mode de fermeture, excepté dans un cas où il s'agissait d'une neurasthénique à paroi flasque. Il l'a opérée à nouveau, et, utilisant un procédé décrit par Thiriar, il a renforcé la ligne de suture par une lame d'os décalcifié, disposée au-dessus du péritoine et transfixée par les fils du plan musculaire. Le résultat a été parfait.

M. Rein (de Kiew) est entièrement de l'avis de M. Bantock et croit que, dans la plupart des cas, la suture à points séparés suffira à donner une cicatrice excellente, surtout chez les nullipares à paroi abdominale résistante. Chez les multipares, au contraire, dont la paroi est amincie et affaiblie, il faut employer la suture en surjet.

M. D. von Ott (de Saint-Pétersbourg) a pu, parmi ses opérées anciennes, en revoir soixante-cinq pour lesquelles l'intervention remontait au moins à deux ans, et il n'a trouvé qu'une hernie chez une femme qui avait présenté des accidents septiques au niveau de la plaie opératoire.

M. Sabino Coelho fait de préférence la suture à points séparés avec de la soie. Les fils profonds traversent tous les tissus, les fils superficiels intéressent seulement la peau.

CONGRÈS DIVERS

SUITE (1).

II. — Maladies du système nerveux.

M. Bernheim (de Nancy) a rapporté des observations de *polynévrites*, consécutives à des émotions morales. L'une de ses malades avait été prise des accidents à la suite d'une déposition en cour d'assises; une autre, après des chagrins causés par la rupture d'un mariage; une autre, après des souffrances morales du même genre. Chez les trois malades, le choc moral avait été suivi, d'abord, d'un état d'excitation et d'énervement; puis étaient survenus des maux de tête, des vomissements, de l'anorexie, en même temps que les règles se supprimaient, et enfin les symptômes de polynévrite.

Pour M. Bernheim, un état infectieux précéderait donc la localisation sur les nerfs périphériques. La diathèse nerveuse aurait créé un terrain favorable à la faveur duquel les microbes inoffensifs de l'organisme étaient devenus virulents et avaient créé la polynévrite.

M. Bernheim a vu deux fois une hystérie, probablement infectieuse, se compliquer de diplopie due à une névrite musculaire d'un œil, qui persista plusieurs mois et qui guérit en même temps que la neurasthénie. On peut donc dire que la diathèse nerveuse ne fait pas seulement de la neurasthénie et de l'hystérie; elle fait aussi des maladies organiques du système nerveux.

— M. Paul Sollier a observé des *troubles atrophiques des dents*, d'origine hystérique. Il s'agit d'une atrophie de la dent commençant par une érosion de l'émail qui se montre par petites places, de forme arrondie, à bords lisses, décroissant de la périphérie au centre, où la dentine est mise à nu. L'émail une fois disparu, la dentine se désagrège, se résorbe; les nerfs, mis à nu, deviennent très douloureux. Le collet et la racine ne sont attaqués que tardivement. En quelques mois, les dents peuvent être réduites à des chicots qu'il faut extraire.

— M. Lafforgue (de Longwy) a vu, associés, chez un même malade, la syncope et la narcolepsie hystérique. Ces phénomènes sont apparus consécutivement à une anémie due à des fatigues et à une affection aiguë ayant nécessité la diète alimentaire. Pendant la syncope, il y avait des signes d'ischémie cérébrale; sitôt qu'elle rêvait, se montrait une hypérémie momentanée coïncidant avec l'état narcoleptique. Il est probable que, dans ce cas, il y avait un trouble fonctionnel du sympathique, d'origine hystérique.

— Chez un jeune soldat, observé par M. Ferrier, il se produisit de l'*hémiplégie hystérique* avec mutisme; la simulation était impossible à soupçonner, le malade ayant terminé son temps de service actif. L'hystérie est loin d'être exceptionnelle dans l'armée. Elle se montre surtout chez les jeunes soldats où le changement d'habitudes, la fatigue, la nostalgie révèlent l'hystérie comme les autres tares pathologiques.

— M. Ausset a observé des *hématémèses chez un neurasthénique*. Son malade, âgé de trente-sept ans, avait eu une première hématémèse à l'âge de vingt-cinq ans, à la suite des fatigues intellectuelles nécessitées par un concours. En mars 1893, une émotion morale vive fut suivie d'une seconde hématémèse. Le sang est rouge, mélangé de mucosités, sirupeux. Il n'y a d'autre trouble organique qu'un peu de dilatation de l'estomac. Fréquemment se produit une violente céphalée en casque, et l'insomnie est habituelle. Le malade est du reste très préoccupé de son état. En fait, il ne s'agit que d'une hématémèse neurasthénique.

— Pour M. Magnol, l'étude des traces des tremblements de la *paralysie agitante vraie* et des *pseudo-paralysies*, permet de faire le diagnostic. Notre confrère a introduit dans ces tracés une notation nouvelle, celle du sens dans lequel se produisent les tremblements. Il a pu enregistrer tous ces derniers, au repos, en mouvement, et s'est rendu compte de beaucoup de phénomènes jusqu'ici inexpliqués. Pour les paralytiques agitants, les troubles de l'écriture portant sur les jambages verticaux, s'expliquent par ce fait que, pendant le mouvement, le tremblement cesse ou diminue dans tous les sens, sauf dans le sens horizontal où il s'exagère.

Dans le diagnostic, l'examen des courbes démontre que, chez les paralytiques agitants vrais, il se déve-

(1) Voir les nos 37 et 38 de l'*Union médicale*.

loppe une courbe régulière simulant l'enregistrement des vibrations d'un diapason avec renflements réguliers et caractéristiques; tandis que chez le pseudo-paralytique, il y a des irrégularités et pas de renflements.

— MM. Spillmann et Etienne ont observé un cas de crises épileptiformes chez un syphilitique, par suite d'exostose syphilitique du crâne. Le malade s'est marié deux ans après l'accident primitif. Sa femme est accouchée deux fois; une première fois, d'un enfant mort-né, puis d'un enfant atteint de syphilis héréditaire.

Il y a trois ans, céphalée très vive, localisée à la région fronto-pariétale gauche. Cette céphalée persiste pendant quinze mois, avec douleur cutanée provoquée par la moindre pression, puis il se produisit une attaque épileptiforme avec convulsions localisées au côté droit; les crises revinrent d'abord tous les mois, puis tous les quinze jours; finalement, il y a trois mois, à la suite d'une d'entre elles, apparut une hémiplégie droite, avec déviations de langue du même côté, trouble profond de la mémoire et aphasie. Il existait, en outre, une périostose considérable du cubitus gauche.

Le malade n'avait jamais suivi de traitement. Sous l'influence d'injections de thymol, acétate de mercure et d'iodure à haute dose : exostose, céphalée, hémiplégie, disparurent. Mais une nouvelle et forte attaque épileptiforme s'étant produite, le professeur Gross appliqua une couronne de trépan un peu en arrière des circonvolutions rolandiques; on ne trouva aucune lésion, mais, sous l'influence de la décompression, tous les symptômes cérébraux, y compris les crises, disparurent.

— MM. Denigés et Sabrazès ont étudié la valeur diagnostique de la *ponction lombaire*. Sur 14 cas, l'opération a été négative 6 fois, positive 8 fois. Les cas positifs comprennent six méningites tuberculeuses aigues, un cas d'épilepsie, un cas de rage. Six jours sur sept, dans la méningite tuberculeuse aiguë, on a retiré du liquide; il ne s'en est pas écoulé dans deux cas de méningite en plaques chroniques, l'un vérifié à l'autopsie, l'autre par la réaction à la tuberculose. L'écoulement est toujours intermittent. Exceptionnellement très lent, il est généralement rapide. Les quantités extraites ont varié de 1, 11, 14, 15, 31, 40, 100, 102 cc. Immédiatement après la ponction, dans un cas de méningite tuberculeuse où la quantité de liquide enlevée était de 40 cqc., on a noté une ascension thermique de 1°, une augmentation du nombre des mouvements respiratoires, qui avaient pris le type de Cheyne-Stokes, une légère accélération du pouls.

Le liquide est toujours louche et sanglant dans les méningites; dans la rage, il est clair comme de l'eau de roche.

L'examen bactériologique du liquide a, dans tous les cas, été fait immédiatement, par centrifigation. Trois fois les bacilles de Koch étaient nombreux, intra et extra-cellulaires. Une fois, recherches bacillaires et inoculations restèrent négatives, bien que des coupes des méninges cérébrales tuberculeuses aient montré des bacilles tuberculeux.

L'injection sous-duremérienne au chien du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction pendant la vie, dans un cas de rage humaine, a été suivie de rage furieuse deux mois après l'inoculation. Le bulbe de ce chien inoculé au lapin par trépanation a provoqué la rage paralytique.

Dans le cas de méningite tuberculeuse aiguë, la teneur du liquide céphalo-rachidien centrifugé en principes organiques est très élevée et atteint, par litre, 2 gr. 33 à 2 gr. 55. Dans un cas, on a isolé de la sérine, de la peptone, de l'urée et des traces de corps réducteurs.

L'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien. dans la rage, diffère très notablement de ce que l'on observe dans la méningite tuberculeuse. La densité est moindre; il n'y a plus que 0 gr. 20 de sérine par litre. Par contre, les substances réductrices correspondant à 0 gr. 72 par litre, les chlorures, sont plus abondants, ainsi que les carbonates, les phosphates et les sulfates.

— Le pronostic de la *paralysie générale* est-il toujours fatal à brève échéance ? Ce n'est pas l'avis de M. Lapointe, qui a communiqué au Congrès des aliénés une observation d'un paralytique général chez lequel, après disparition de symptômes caractéristiques, il ne persista que de la démence.

Pour M. Voisin, la longue durée de la paralysie générale, dans certains cas, tient le plus souvent à ce qu'elle présente des rémissions dans sa marche, ou bien même de véritables guérisons temporaires. Plus rarement, le malade s'arrête à une certaine période pendant de longues années.

— M. Régis a étudié les *rapports* de la *neurasthénie* et de la *paralysie générale*. Il peut y avoir association des deux, et la neurasthénie constitue fréquemment la période préparalytique.

Au décours des maladies infectieuses aigues, il peut se produire soit de la neurasthénie avec obtusion et confusion mentale, soit de la véritable paralysie générale. On conclura plutôt en faveur de la neurasthénie, s'il y a absence de syphilis, hérédité morbide cérébrale organique, état neurasthénique ancien, embarras de la parole nettement influencée par les causes psychiques, obtusion mentale plutôt que démence vraie.

La neurasthénie peut être syphilitique, mais alors on obtient une amélioration rapide par l'hydrothérapie froide; ces moyens n'ont pas d'effets sur la neurasthénie préparalytique, ou sont même nuisibles.

Pour combattre le refus d'aliments chez les paralytiques généraux, M. Francotte emploie le sulfate de Duboisine à 40 °/₀, dont il injecte 1/4 à 1/3 de seringue de Pravaz; au besoin on peut répéter.

— M. Lamock a vu la *migraine* être remplacée par une névralgie du pied droit. Après une contrariété, un excès de travail, le lendemain, au réveil, le malade a soit l'hémicranie, soit la névralgie.

— MM. Parisot et Lévy ont constaté que, dans la démence sénile avec délire vésanique, l'apparition du délire était précédée d'une grande diminution de la toxicité urinaire. Dans la démence sénile sans délire, la toxicité urinaire varie sans qu'il y ait de modifications dans le fond démentiel.

— Il y a des psychopathes gastriques comme il y a des psychopathes urinaires. Certains malades observés par M. Sollier ont une appréhension de la digestion, un reste de phobie qui les font redouter les effets du séjour des aliments dans l'estomac. L'appétit est d'abord irrégulier; puis les sujets, restreignant beaucoup leur alimentation, perdent l'habitude de manger, rapportent tout à leur digestion, etc. Toutes les impressions digestives retentissent dans le cerveau. Le pronostic n'est pas sérieux au point de vue de la vie, mais l'existence des malades est troublée.

— MM. Pitres et Régis se sont occupés de la *phobie de la rougeur*. Cette phobie se rencontre surtout chez les hommes jeunes, neurasthéniques ou dégénérés à stigmates; elle se montre en général après la puberté. Une pensée quelconque, la peur de rougir suffisent pour provoquer une crise de rougeur, qui peut se produire même dans la solitude. La situation mentale des sujets devient rapidement très pénible et ils arrivent à ne plus penser qu'à leur rougeur, à ne se préoccuper que d'elle. Tourmenté par sa phobie, le malade évite les réunions mondaines, tout plaisir. L'alcoolisme peut être la conséquence de l'érythrophobie, le sujet buvant pour se donner du courage, afin que la rougeur produite par l'alcool rende moins sensibles les crêtes de rougeur émotive. Les idées les plus étranges arrivent à germer dans le cerveau des malheureux. Tel un malade demandant si on pourrait donner à son teint une nuance peu permanente, en infiltrant entre la première et la deuxième peau un liquide quelconque, absolument comme on fait pour un tatouage. L'obsession de la rougeur est à peu près incurable.

— D'après M. Bérillon, on peut traiter les buveurs d'habitude par la création d'un *centre d'arrêt psychique*. Lorsque le malade se trouve en présence des sollicitations qui viennent l'assaillir, il peut appuyer sa résistance sur la sensation que lui fournit le centre d'arrêt que l'on a créé. Les résultats sont rapides et durables chez les malades animés du désir de guérir.

— M. Laurent a étudié les troubles psychiques des fumeurs d'opium. Il y a d'abord excitation de la mémoire, puis faiblesse de l'attention, rêverie distraite dont la pensée est presque absente. Pendant ce temps la mémoire d'acquisition disparait presque totalement. L'opium entraine une hyperesthésie générale; à l'état aigu il empêche le sommeil naturel et le sommeil hypnotique. La perte de l'appétit, le manque de sommeil sont l'origine des troubles de nutrition que l'on observe chez le fumeur, qui devient rapidement cachectique et est alors à la merci du moindre accident. Généralement, la mort arrive par diarrhée ou dysenterie.

— MM. Picot et Hobbs ont observé un cas de *paralysie labio-glosso-laryngée* d'origine cérébrale. Le malade, âgé de soixante-six ans, avait eu déjà plusieurs ictus apoplectiques, lorsqu'il fut pris d'une paralysie des lèvres, de la langue, du pharynx et du larynx. Le réflexe pharyngien avait disparu, et la prononciation aussi bien que l'articulation des mots étaient devenues impossibles. La mort survint au bout de cinq mois, et on trouva, à l'autopsie, de petites tumeurs creuses, dont la grosseur variait de celle d'une noisette à celle d'un pois, occupant les méninges et comprimant le cerveau : à droite, au niveau des premières frontale et temporale ascendante, soit en avant du fond de la scissure de Sylvin; à gauche, au niveau de la frontale et de la pariétale ascendantes, dans la moitié de leur hauteur. Dans le noyau coudé, à droite, il y avait une petite perte de substance, au niveau de la frontale ascendante; une autre, un peu plus en avant, se trouvait à la place du tiers externe de la capsule externe et de l'avant mur. Enfin, au milieu du centre ovale gauche existait un petit foyer ocreux gros comme une lentille. Les noyaux bulbaires des nerfs crâniens furent trouvés intacts.

— MM. Mairet et Vires ont injecté du sérum pris chez un maniaque guéri à deux femmes atteintes de manie. Dans un des cas, il y eut une amélioration qui finit par aboutir à la guérison complète. Les auteurs avaient fait une première série d'injections de 5 cq., puis une deuxième série de 20 cq. par vingt-quatre heures.

III. — Maladies de l'appareil respiratoire.

M. Hervouet ne croit pas que dans la *pleurésie* le bruit de souffle pleurétique et l'œgophonie soient

engendrées purement et simplement par la présence d'un épanchement dans la plèvre. On explique ces phénomènes par le changement de consistance du tissu pulmonaire comprimé. S'il en était vraiment ainsi, le souffle serait constant dans la pleurésie ; or, il ne l'est pas ; beaucoup de cas évoluent complètement, sans s'accompagner de ce phénomène stithoscopique, quelle que soit la quantité de liquide épanché, et, d'ailleurs, la présence du liquide, en refoulant le poumon, est incapable d'en modifier vraiment la consistance. Il faut donc admettre, quand il y a bruit de souffle, que celui-ci est produit par une altération pulmonaire sous-jacente et indépendante (tuberculose, pneumonie, broncho-pneumonies diverses), réalisant le souffle tubaire, lequel prend un timbre particulier, parce qu'il est transmis à l'oreille par une couche liquide. Le même raisonnement s'applique à l'œgophonie, qui est aussi inconstante que le souffle. D'où cette conclusion, que le souffle pleurétique et l'œgophonie nous renseignent, non sur l'état de la plèvre, mais sur l'état du poumon.

— MM. André et Carrière ont fait l'étude histologique des *épanchements blennorrhagiques de la plèvre*. Le rapport des globules blancs à celui des globules rouges est très différent de celui qui existe dans le sang normal. Tantôt le nombre des globules blancs est à peine augmenté, tantôt il peut atteindre le chiffre des hématies. Le rapport qui existe entre les différentes variétés de globules blancs est aussi très variable. Tantôt il est normal, tantôt il y a plus de cellules éosinophiles que de globules blancs, tantôt plus de lymphocytes que de leucocytes polynucléés ou inanonucléés. Le nombre des cellules éosinophiles est très variable. Elles ont quelquefois leur aspect normal; d'autres fois ce sont de gros lymphocytes dont un segment seulement de l'atmosphère protoplasmique serait formé de granulations éosinophiles. D'autres fois, enfin, elles ont l'aspect de petits lymphocites et renferment un seul noyau entouré d'une couche mince de protoplasma, dans laquelle on trouve, dans une certaine étendue, des grains éosinophiles formant une calotte appliquée sur le noyau. L'augmentation du nombre des cellules éosinophiles dans l'épanchement coïncide avec une augmentation de ces mêmes éléments dans les crachats et dans le sang de la circulation générale.

— M. de Langenhagen a observé, chez un tuberculeux, un symptôme nouveau de la *pleurésie diaphragmatique*. Le malade avait des éructations fréquentes, et chacune d'elles occasionnait une vive douleur le long du trajet de l'œsophage et latéralement à droite au niveau des attaches du diaphragme. Pour M. de Langenhagen cette douleur était due à la distension que l'œsophage, au moment du passage des gaz, exerçait sur la boutonnière diaphragmatique qui l'enserre. Cette distension déterminait des contractions du diaphragme se propageant jusqu'à la partie antérieure du muscle.

— M. Cassaet s'est occupé de la *tuberculose pulmonaire simulée* par certaines infections bronchiques aiguës. Il n'a pu trouver le bacille de Koch dans les crachats de malades dont l'affection avait l'allure de la phtisie galopante, de la tuberculose fibro-ulcéreuse subaiguë, de la grasaclie. Dans certains cas, au contraire, on voit des bronchites que la bactériologie démontre être tuberculeuse évoluer cliniquement avec des allures bénignes et sembler disparaître définitivement.

— M. Lemoine a recommandé le *traitement des maladies de l'appareil respiratoire par les bains chauds*. Cette méthode donne d'excellents résultats dans les bronchites aiguës, les broncho-pneumonies des enfants. Le bain doit être à la température de 36 à 38°. On peut aussi employer les bains chauds chez les adultes dans les affections d'angine grippale. Comme les bains sinapisés, qui rendent aussi des services, les bains chauds agissent comme révulsifs généraux.

IV. — Maladies de l'appareil circulatoire.

M. Rondot, dans le cours des néphrites subaiguës et chroniques, a vu se produire de grands accès d'*angine de poitrine*. Souvent, en même temps, apparaît une tachycardie avec arythmie qu'il est impossible de rattacher à aucune lésion cardio-vasculaire appréciable. Le traitement de l'insuffisance urinaire fait disparaître les symptômes cardiaques.

— M. Thiry a montré deux cœurs dont les valvules aortiques et pulmonaires présentent ce qu'on a appelé l'état fenêtré. Les fentes occupent surtout les bords des valvules près de leurs angles d'insertion et près du bord. Il n'est pas probable que, comme le croyait Corrigan, cet état puisse déterminer une insuffisance aortique. Cependant, l'un des deux malades de M. Thiry avait présenté les signes de cette lesion. L'état fenêtré est une altération atrophique résultant d'une résorption moléculaire.

— Pour M. Habler, la coexistence d'une symphyse cardiaque avec un anévrisme du cœur tient à une lésion du myocarde. Dans un cas qu'il a eu l'occasion d'observer, l'oblitération de l'artère crurale gauche donna lieu à un infractus, le myocarde se résorba et il y eut anévrisme de la paroi ; en même temps, par une irritation du voisinage, se développait une symphyse cardiaque.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1896

M. Lereboullet lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Rochard.

M. Debove lit un rapport sur le mémoire présenté par M. Clozier (de Beauvais) et ayant pour titre : *L'intoxication gastro-intestinale chez les névropathes.*

M. Porak lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Capuron.

M. Bendersky (de Kiew) présente à l'Académie un appareil d'une très grande simplicité, permettant d'effectuer la percussion auscultée. Cet appareil est applicable au diagnostic de la distension gastrique, de la gastroptose, etc. Il permet de délimiter non seulement les organes creux, comme l'estomac, l'intestin, même le foie, le cœur, la rate, le poumon, etc. Un dispositif particulier permet à deux personnes d'ausculter à la fois, et l'on peut même adapter à l'appareil assez de tubes pour faire une démonstration qui sera suivie par plusieurs auditeurs à la fois.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la présence, dans le nerf laryngé supérieur, de fibres vaso-dilatatrices et sécrétoires pour la muqueuse du larynx. — Note de M. E. Hédon.

En étudiant l'innervation vaso-motrice du larynx, j'ai découvert que l'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur provoque la rubéfaction de la muqueuse du larynx du côté correspondant, en même temps que la sécrétion de petites glandes à mucus qui s'y trouvent.

D'après cela, le laryngé supérieur doit être considéré comme un nerf vaso-dilatateur et sécrétoire pour la muqueuse du larynx, au même titre que la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire. Il faut donc l'ajouter à la liste encore peu étendue des nerfs vaso-dilatateurs connus.

La vaso-dilatation et la sécrétion, produites par l'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur, doivent être considérées comme des effets directs et non réflexes, car ils apparaissent encore après la section des récurrents et des vago-sympathiques. J'ajouterai que l'excitation du bout périphérique des récurrents ne m'a rien donné de positif.

Traitement des infections expérimentales (coli-bacillaires) par les injections intra-veineuses massives de la solution salée simple (Na Cl à 7 °/₀₀). — Note de MM. F.-J. Bosc et V. Vedel, présentée par M. Guyon.

Nous avons étudié les effets des injections intra-veineuses massives de la solution salée à 7 °/₀₀, dans les cas d'infection expérimentale déterminée, chez le chien, par l'injection dans les veines de culture de coli-bacille.

Cette infection coli-bacillaire a entraîné la mort, en deux ou trois heures, aux doses fortes (3cc à 1cc par kilogramme); en dix à quinze heures, aux doses moyennes (1cc par kilogr.); en douze à quarante heures, aux doses faibles (1cc à 0cc,30 par kilogr.).

A toutes ces doses, il se produit une infection précise, au point de vue des symptômes et des lésions.

C'est une infection essentiellement hémorragipare, avec prédominance des lésions sur le tube digestif et sur le rein, qui se marque par des troubles gastro-intestinaux précoces et graves, un affaiblissement profond du cœur, un abaissement intense de la pression sanguine, dès le début de l'inoculation (de 16 centimètres à 5 centimètres de mercure), et qui s'aggrave encore dans la suite (2 centimètres à 3 centimètres), la suppression de la diurèse, une élévation thermique suivie d'hypothermie, de l'hébétude, de l'affaiblissement, de la résolution.

Les injections salées intra-veineuses massives modifient l'évolution de la maladie, suivant la gravité de l'infection et la période de celle-ci où elles ont été pratiquées.

Aux doses très fortes, la mort survient dans tous les cas ; mais l'injection précoce (faite pendant ou immédiatement après l'inoculation) retarde la marche de la maladie ; cette injection peut amener la guérison aux doses un peu moindres, et surtout aux doses moyennes et faibles. Cette première injection précoce peut à elle seule amener la guérison.

Si la première injection est tardive, elle n'a pas d'influence sur l'issue de la maladie, mais elle ralentit l'évolution de l'infection, et cela d'autant plus qu'elle a été faite plus près de son début ; aux doses faibles, l'injection tardive, pratiquée en pleine évolution de la maladie, peut produire la guérison.

Ce n'est que dans un cas que cette première injection a suffi pour entraîner la guérison ; en dehors de celui-ci, nous avons, pour obtenir les résultats signalés, fait de deux à quatre injections successives chez un même animal.

Les effets des injections salées sur les symptômes infectieux ont varié suivant la gravité de l'infection, la période de celle-ci où la première injection a été pratiquée, et avec les injections successives.

La première injection précoce diminue, pour les doses très fortes, la rapidité de l'affaiblissement du cœur, accélère la réaction thermique, mais ces phénomènes sont très passagers ; dans les cas d'infection un peu moins forte, où la guérison pourra être obtenue, elle augmente l'énergie du pouls, relève immédiatement et maintient la pression sanguine, produit une réaction thermique rapide et élevée, des mictions abondantes, des frissons, de la soif et une atténuation des troubles généraux ; aux doses moyennes et faibles, elle a une véritable action empêchante, au point de ne laisser apparaître aucun accident sérieux, et c'est dans ces cas que se produisent les réactions fonctionnelles les plus nettes.

Si la première injection est tardive, ses effets sont peu énergiques et très passagers, lorsqu'elle est faite à la période agonique : le cœur seul est légèrement relevé, mais l'hypothermie progresse, l'anurie et la résolution ne sont pas modifiées ; lorsqu'elle est faite à une période moins avancée, l'injection relève le cœur, élève la température, améliore l'état général, mais cette action s'épuise rapidement ; ce n'est qu'avec des infections faibles que l'injection tardive produit des réactions favorables et d'une plus longue durée.

Les injections consécutives, dans le cas d'infection grave, sont moins actives encore que la première : elles galvanisent quelques minutes le cœur et le système nerveux. Dans les cas moins graves où la première injection a déterminé des effets plus favorables, ceux-ci sont continués, augmentés ou complétés par une seconde ou une troisième injection.

L'injection précoce relève immédiatement la pression sanguine profondément abaissée par l'inoculation ; l'injection tardive la règle également, mais beaucoup moins que

l'injection précoce; les injections consécutives la relèvent à un degré variable.

Les injections hypermassives) injection de 270 cc. par kilogramme, avec une vitesse de 80 cc. à 100 cc. par minute), bien supportées par le chien sain, doivent être rejetées chez l'animal infecté : elles perturbent profondément le cœur et la respiration et produisent des attaques convulsives; à l'autopsie, on trouve de l'œdème hémorragique du poumon, de l'épanchement sanglant du péritoine et du péricarde, des hémorragies, des méninges. Les conditions les meilleures sont, pour chaque injection, l'introduction de 25 cc. à 30 cc. de solution par kilogramme, à une vitesse moyenne de 40 cc. par minute. La température du liquide injecté n'entre pour rien dans les effets.

Les indications sont de pratiquer la première injection le plus près possible de l'inoculation; mais, quelle que soit la période de l'infection, l'injection est toujours indiquée. L'urgence de l'injection sera basée sur l'état de faiblesse du cœur, la marche de la température, la diurèse, l'état général. L'indication est d'autant plus précise que chaque injection antérieure a entraîné une amélioration nouvelle. L'apparition de l'albumine ne contre-indique pas de nouvelles injections.

Les injections salées intra-veineuses massives, agissent en favorisant l'élimination des poisons, grâce à l'action osmotique du Na Cl et à son action diurétique directe (excitation de l'épithélium rénal) et indirecte (élévation de la pression sanguine par action réflexe du vaso-constrictive); en raffermissant les globules rouges altérés (Mayet); en activant le mouvement nutritif (Bunge, Hemmerich, Biernacki); en diminuant le pouvoir globulicide du sérum pathologique (Castellino).

L'action empêchante des injections précoces nous porte à penser que la solution salée peut produire dans l'organisme un état de suractivité curatrice; nous avons vu, en effet, l'injection salée déterminer chez le chien sain une réaction générale qui s'exagère, dans le cas d'infection, pour reproduire un tableau identique aux réactions criniques naturelles. Une partie de cette action empêchante, ou tout au moins atténuante, peut être attribuée à la vasoconstriction réflexe immédiate, qui empêche l'énorme et brutale vaso-dilatation produite par l'inoculation du colibacille.

Influence de certains agents sur les propriétés bactéricides du sang. — Note de M. London, présentée par M. Marey.

Continuant au laboratoire de M. Loukianow mes recherches sur les propriétés bactéricides du sang, j'ai étudié les agents suivants :

Inanition. — Des lapins ont été soumis à une privation complète d'aliments pendant dix jours. Au bout de ce temps, les propriétés bactéricides du sang étaient disparues ou notablement diminuées. L'alimentation normale fut rétablie : à mesure que l'animal revenait à son poids normal, son sang recouvrait graduellement ses propriétés bactéricides.

Ligature du canal cholédoque. — Cette opération a paru accroître à un faible degré les propriétés bactéricides du sang.

Ingestion d'acide chlorhydrique. — Ce moyen, déjà tenté par Fodor, ne lui a pas donné de résultats positifs. Je crois avoir observé que, à dose modérée, l'acide muriatique accroît les propriétés bactéricides du sang, mais seulement un certain temps après l'ingestion. A faibles doses fréquemment répétées, l'acide chlorhydrique diminue ces propriétés.

Ingestion du bicarbonate de soude. — C'est seulement à la suite de petites doses fréquemment répétées que les propriétés bactéricides du sang s'élèvent au-dessus de la normale. Ces résultats concordent avec ceux de Fodor.

La saignée aiguë, non plus que l'ablation des testicules, ne modifient pas sensiblement les propriétés bactéricides du sang.

Contribution à l'étude de la coagulation du sang. — Note de MM. J. Athanasiu et J. Carvallo, présentée par M. Milne Edwards.

On s'accorde à considérer le phénomène de la coagulation sanguine comme un procédé de défense de l'organisme contre les actions qui peuvent, à un moment donné, léser l'intégrité de l'appareil circulatoire. D'après l'opinion générale, le phénomène de la coagulation serait toujours dû aux éléments seuls du sang, sans aucune autre intervention organique.

Nos recherches nous ont montré :

1° Que, à l'état normal, ce sont les éléments figurés du sang et de la lymphe, de préférence les leucocytes, qui fournissent le ferment fibrine, nécessaire à la coagulation de ces liquides;

2° Que, lorsque ces éléments sont empêchés par un moyen quelconque (peptone) de remplir cette fonction, les tissus de l'organisme, spécialement le foie, se chargent de les suppléer.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. le Dr Renaud, médecin en chef de l'hôpital militaire du Kef, à Tunis, en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors de diverses épidémies de variole et de diphtérie qui ont sévi dans la Régence.

— Le ministre de la guerre vient d'accorder un témoignage officiel de satisfaction à M. d'Arron, médecin-major au 70e régiment d'infanterie, pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie qui a sévi sur son régiment.

Nécrologie. — MM. les docteurs Bon (de Saint-Hilaire-des-Loges); Converset (de Mirabeau); Henri Gébin (de Lunéville), médecin de la marine, décédé à Madagascar, à l'âge de vingt-six ans; Raulin (de Rennes); Reuss et Rogron (de Paris); Rousseau (de La Tremblade) et Truchetet (de Gevrey-Chambertin).

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. le Professeur S. DUPLAY.

Du pied plat valgus douloureux.

Je vais vous parler d'une affection qui est surtout fréquente dans la pratique hospitalière, car on la rencontre le plus souvent dans la classe ouvrière, plus particulièrement parmi les adolescents. Le malade qui va être le point de départ de notre description est un homme de vingt-deux ans, garçon boucher, entré à l'Hôtel-Dieu, le 10 avril, et couché actuellement au n° 14 de la salle Saint-Landry. Sa mère, qui est morte à cinquante-deux ans, d'une maladie de foie, était, nous dit-il, très nerveuse; son père, âgé de soixante ans, diabétique, est atteint de pieds plats *non douloureux*. Sur sept enfants, quatre sont morts en bas âge, et notre malade n'a plus que deux sœurs, qui sont bien portantes, mais dont l'une, âgée de vingt-deux ans, est également atteinte de pieds plats non douloureux.

Le malade, tout en étant d'une bonne santé, est lui-même très nerveux; il se montre très exagéré dans ses paroles, et c'est ainsi qu'il nous a déclaré qu'il se suiciderait si on ne le guérissait pas. Comme maladies antérieures, il a eu la rougeole à huit ans, la fièvre typhoïde à douze ans, et, plus récemment, il a subi une attaque d'influenza. Nous ne trouvons chez lui, malgré un interrogatoire et un examen minutieux, aucune trace de syphilis ou de tuberculose.

En ce qui concerne l'histoire de la maladie pour laquelle il entre à l'hôpital, le malade nous affirme que, avant 1893, il n'avait jamais remarqué ni ressenti rien d'anormal du côté de ses pieds. Il nous dit seulement que la cambrure de ses pieds était telle, qu'il éprouvait certaines difficultés à trouver des chaussures lui allant bien, ce qui suffit à nous prouver qu'il n'y a pas de congénitalité dans l'état actuel, que nous allons décrire dans un instant.

Entré au service, dans l'infanterie de marine, à l'âge de dix-neuf ans et demi, c'est-à-dire il y a trois ans, il ne se plaignit de rien pendant les quatre premiers mois, et, durant cette période, il fit toutes les marches et tous les exercices sans la moindre fatigue, puis, dans un exercice de gymnastique, il tomba et se donna une entorse du pied droit. Quoique souffrant beaucoup, il continua son service, et c'est seulement deux mois après cet accident qu'il se décida à consulter, à la suite d'une marche forcée, et fut alors reconnu malade. On lui laissa quelques jours de repos et on lui fit ensuite reprendre son service en lui affirmant qu'il devait avoir les pieds plats depuis sa plus tendre enfance, bien qu'il ne s'en fût jamais aperçu.

Après dix mois d'incorporation, il souffrait toujours autant et ne pouvait faire son service ; voyant qu'on n'attachait aucune importance à ses douleurs des pieds, il se plaignit de palpitations, entra de nouveau à l'hôpital, et, cette fois, il ne tarda pas à être réformé pour les troubles cardiaques qu'il accusait.

A sa sortie du service militaire, il exerce la profession de garçon boucher ; mais, comme il est obligé de rester debout toute la journée, au bout de quatre mois, il se trouve forcé de renoncer à ce métier, après avoir souffert d'abord du pied droit seulement, puis ensuite du pied gauche.

Le médecin qu'il consulte à ce moment lui fait porter des chaussures spéciales, et lui prescrit des massages, des bains sulfureux, de l'électricité. Après un certain soulagement, pendant quelque temps, les douleurs et l'impotence fonctionnelle se sont manifestées de nouveau et se sont exagérées au point de rendre tout travail impossible.

Lorsque nous procédons à l'examen du malade, nous constatons que le repos prolongé a notablement modifié son état. L'affection a même presque entièrement disparu du côté gauche, qui, il est vrai, a toujours été le moins atteint ; elle persiste encore, mais elle est très atténuée du côté droit, qui va nous servir de type pour la description. Retenez donc que ce n'est pas dans ces conditions qu'il faut étudier un malade de ce genre, et qu'on doit l'examiner de préférence après une longue marche, et non pas après un repos plus ou moins prolongé, ne fût-ce que le repos d'une nuit.

Si nous examinons le pied droit, nous observons immédiatement un effacement complet de la voûte plantaire, qui fait paraître le pied beaucoup plus long et plus large que le pied gauche. Le bord interne est légèrement convexe, et on y trouve une

saillie anormale formée par le scaphoïde ; mais, malgré cette déformation, le pied n'est ni en abduction ni en adduction. Il n'y a d'ailleurs aucune lésion apparente des os ou des articulations, et il n'existe aucune contracture musculaire.

Lorsque le malade est debout, le pied plat devient plus manifeste encore, la plante reposant sur le sol dans toute sa surface, comme on peut s'en convaincre si l'on prend l'empreinte de ce pied sur une feuille de papier couverte de noir de fumée, et qu'on la compare à l'empreinte d'un pied normal, dans lequel le talon, les têtes des métatarsiens et une partie du bord externe restent seuls marqués.

De plus, dans la station verticale, le pied se met en abduction très apparente, en *valgus* par conséquent, ce qui tient à ce que la voûte n'existant plus et le pied ne reposant plus sur les talons postérieur et antérieur comme à l'état normal, le bord externe se trouve rejeté mécaniquement en dehors.

Après le repos, dont le malade vient de bénéficier, il est difficile de déterminer d'une façon exacte le siège des douleurs. D'après lui, elles se manifesteraient principalement au-dessous de la malléole externe et particulièrement au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Comme nous l'avons dit déjà, on constate du côté gauche, mais extrêmement atténués, les mêmes signes que ceux qui viennent d'être étudiés du côté droit ; et, surtout après un repos prolongé au lit, le pied présente encore une voûte plantaire évidente, quoique peu accusée.

Le diagnostic ressort suffisamment de la description précédente ; il s'agit là d'un pied plat valgus douloureux.

On distingue, comme vous le savez, au point de vue de leur nature et de leur pathogénie, plusieurs variétés de pied plat.

Une première variété est constituée par le pied plat *congénital*, qui serait assez fréquent puisque, suivant Kustner, il se rencontre dans une proportion de 8,6 %, d'après de nombreuses observations chez les nouveau-nés. Cette déformation est attribuée généralement à une attitude vicieuse contractée pendant la vie intra-utérine. Ce n'est évidemment pas à cette forme que nous avons affaire, d'après les renseignements que nous fournit notre malade.

La deuxième variété, plus rare, correspond à la forme *paralytique*, que l'on observe consécutivement à la paralysie infantile. Or, chez l'homme que nous venons d'examiner, vous avez vu que le système musculaire était absolument intact.

La forme *rachitique* constitue une troisième variété qui se montre, avec d'autres déformations de squelette, chez les sujets atteints de rachitisme, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six, sept ou huit ans ; en pareil cas, le pied plat résulte manifestement de modifications de forme subies par les os du tarse.

Enfin, une quatrième variété, est celle que l'on désigne sous le nom de pied plat valgus douloureux des adolescents ; c'est la forme *statique* qui se présente à notre observation, non plus au début de la vie, comme la forme rachitique, mais plutôt vers le moment de la puberté, à partir de treize ou quatorze ans, jusque vers l'âge de vingt à vingt et un ans, c'est-à-dire pendant la période la plus active du développement.

Pour bien comprendre la pathogénie et le mode de formation du pied plat valgus de l'adolescence, il faut nous rappeler comment est constituée la voûte plantaire et comment elle est maintenue dans sa forme.

Dans la station verticale, le pied repose seulement sur son bord externe, sur le calcanéum et sur les têtes des métatarsiens. Les points qui supportent le plus fortement le poids du corps sont, en arrière, le calcanéum et, en avant, la tête du troisième métatarsien.

Cependant, dans la marche, il semble que le point d'appui antérieur se reporte en dedans, repondant alors à la saillie sous-métatarsienne de la tete du premier métatarsien, c'est-à-dire à ce que Duchenne (de Boulogne) appelait le *talon antérieur*.

La voûte plantaire présente son sommet à peu près au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, et vous vous souvenez que notre malade localise précisément en ce point la douleur dont il se plaint ; on s'explique, en effet, comment, dans le cas où la voûte plantaire s'affaisse, c'est le sommet de la voûte qui devient le siège principal de la douleur.

Les différents os qui constituent cette voûte reproduisent dans leur ensemble les conditions d'une voûte architecturale, prenant presque tous la forme de cônes à base externe et dont le sommet répond à la cavité de la voûte.

Ainsi constituée, celle-ci est maintenue, d'une façon passive, par les ligaments de la face inférieure du tarse et accessoirement par l'aponévrose plantaire, et, d'une façon active, par les muscles, qui agissent surtout pendant la marche, en contribuant par leur contraction à abaisser la partie antérieure du pied, lorsque, au moment du pas, la voûte plantaire tend à s'affaisser. Deux muscles surtout jouent activement ce rôle, c'est d'abord le tibial ou jambe postérieure qui vient s'insérer à la tubérosité du scaphoïde, et c'est surtout le long péronier latéral, dont le tendon se fixe à l'extrêmité postérieure du premier métatarsien. Suivant Duchenne (de Boulogne), ce dernier muscle aurait, comme vous le

savez, une action prépondérante dans la marche, en déterminant par sa contraction l'abaissement du talon antérieur; ce que l'on démontre d'ailleurs facilement par l'électrisation localisée à ce muscle.

Il est facile de comprendre comment, soit dans le rachitisme, soit chez les adolescents, la voûte plantaire peut s'effondrer de façon à donner un pied plat. Dans le rachitisme, c'est le squelette qui doit être presque seul incriminé, car il se produit là un ramollissement spécial des os du tarse, contre lequel les ligaments et les muscles ne peuvent rien, et il en résulte une déformation qui amène facilement l'affaiblissement de la voûte.

Quant au pied plat statique des adolescents, on peut dire que sa pathogénie doit être rapprochée de celle de la scoliose, dont je vous ai parlé dans une leçon précédente, ou encore de celle du *genu valgum*.

Les jeunes sujets chez lesquels l'affection se développe sont généralement des individus lymphatiques, peu musclés, peu vigoureux, et dont le squelette a subi un accroissement rapide. Qu'ils soient soumis à un excès de fatigue, surtout dans la station verticale ou la marche, comme cela arrive dans certaines professions, chez les garçons de salle, les épiciers, etc., ils seront alors particulièrement prédisposés au pied plat douloureux.

Existe-t-il, chez ces malades, comme Mikulicz l'a démontré pour le *genu valgum*, une lésion primitive des os, que l'on devrait rattacher à une sorte de rachitisme tardif? Nous n'en savons rien, et il y a là un point à vérifier par des recherches nouvelles. Quoi qu'il en soit, dans les conditions que nous venons d'indiquer, l'ostéogénèse, qui est alors en pleine activité, peut être activée ou retardée par diverses causes, en même temps que, d'autre part, il existe généralement, en raison de la constitution lymphatique des sujets, une faiblesse de l'appareil ligamenteux, et surtout une faiblesse du système musculaire, qu'on peut facilement constater pour le long péronier latéral. En effet, si, à l'état normal, vous placez votre pouce sous la tête antérieure du premier métatarsien, et si vous cherchez à repousser en haut, tandis que le sujet résiste en contractant son long péronier latéral, votre effort sera facilement vaincu, même par celui d'un enfant, tandis que, au contraire, dans le pied plat valgus, vous refoulerez sans difficulté la tête du métatarsien, même chez l'individu en apparence le plus vigoureux, ce qui fournit la preuve que le long péronier manque de force, ou, pour nous servir de la dénomination de Duchenne (de Boulogne) que ce muscle est atteint d'impotence fonctionnelle.

Dans ces conditions, avec des os très impressionnables, peut-être ramollis, avec des ligaments faibles et surtout des muscles peu résistants, si on laisse la station verticale prolongée produire quotidiennement ses effets, l'affaissement de la voûte plantaire se produit forcément, et se complète bientôt par une dérivation en valgus, résultant de ce que le bord externe du pied, appuyant sur le sol pendant la marche, se trouve repoussé en haut et en dehors, et se relève.

Parfois l'affaiblissement de la voûte plantaire détermine la production du pied plat non douloureux, en donnant seulement lieu à une fatigue rapide, comme s'il s'agissait d'un pied plat congénital. Mais, le plus ordinairement, dans la forme statique, il existe de la douleur, par traction des ligaments, par compression osseuse, et peut-être aussi par suite de modifications anatomiques, la douleur occupant des sièges variés, avec un maximum au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, comme nous l'observons chez notre malade.

A un degré plus avancé, des contractures d'ordre réflexe apparaissent, portant sur les muscles qui mettent le pied en valgus, c'est-à-dire sur l'extenseur des orteils, le péronier antérieur, le tibia antérieur, etc. Si la maladie n'est pas soignée, ces contractures peuvent devenir permanentes et fixer définitivement le pied dans la position vicieuse, entraînant, dans une phase ultime, la rétraction de certains ligaments et l'allongement de certains autres, des rétractions tendineuses et musculaires, et enfin, de graves altérations de forme des os et des articulations, qui donnent à l'affection un caractère immuable.

D'après cela, vous voyez que le pronostic de l'affection est assez sérieux, lorsqu'elle est méconnue ou négligée. Il est, au contraire, assez bénin lorsque la maladie est de bonne heure convenablement traitée.

Le traitement consistera, dans la première période, à agir principalement sur les muscles de la région postéro-externe de la jambe et surtout sur le long péronier latéral, par les massages, les douches et surtout l'électrisation. On fera, de plus, porter au malade des chaussures spéciales, soit des chaussures orthopédiques, si l'affection est déjà avancée; soit simplement des chaussures un peu fortes, avec une semelle très bombée et inclinée de dedans en dehors. Souvent, il sera nécessaire que le malade change de métier et cesse de rester debout toute la journée.

A une période plus avancée, lorsqu'il existe de la contracture, on ne peut se contenter des moyens que je viens d'indiquer, et il faut faire quelque chose de plus. Si la contracture disparait par le repos, il suffira que le malade garde le lit pendant quelques jours, et ensuite, la contracture n'existant

plus, on mettra en œuvre les moyens thérapeutiques que nous avons énumérés tout à l'heure. Dans le cas où, au contraire, la contracture ne cède pas après un repos prolongé pendant dix à douze jours, il est indispensable de la vaincre par le chloroforme, et d'immobiliser aussitôt le pied en *varus* dans un appareil plâtré, pendant un mois ou six semaines, après quoi vous commencez les massages et l'électrisation.

Enfin, si malgré le chloroforme, vous ne pouvez réduire la difformité, ou si le traitement employé est resté inefficace, il faut recourir à l'opération sanglante, qui a été réalisée de différentes façons. L'opération d'Ogston, qui m'a donné de bons résultats à plusieurs reprises et que nous allons pratiquer chez notre malade, consiste à réséquer la tête de l'astragale et à aviver la surface articulaire du scaphoïde; comme c'est l'articulation astragalo scaphoïdienne qui constitue le sommet de la voûte, vous comprenez que, pratiquant ainsi une large résection au niveau de ce sommet, on rétablit la voûte en diminuant son étendue. Dans certains cas, on sera même obligé d'enlever le scaphoïde. L'opération est généralement terminée par l'enchevillement, ou, comme je l'ai proposé et pratiqué, par la suture en fil d'argent, sans que pourtant cela soit toujours nécessaire. Le pied est ensuite placé en *varus* dans un appareil plâtré soigneusement appliqué, où on le laisse pendant quarante ou cinquante jours.

Chez notre malade, je me suis décidé à pratiquer cette opération, en raison de son état mental particulier, qui l'empêcherait de se soumettre à un traitement prolongé, auquel il n'aurait pas confiance, et, cependant, je suis intimement convaincu que, sans cette considération spéciale, nous obtiendrions chez lui une guérison parfaite par le traitement médical, c'est-à-dire sans opération sanglante, mais il faudrait pour cela des mois, et jamais cet homme n'aurait la patience d'attendre aussi longtemps la guérison qu'il réclame.

J'insiste sur ce point, car je tiens à vous dire en terminant que dans l'immense majorité des cas vous réussirez à guérir, sans opération, les malades atteints de pied plat valgus douloureux.

Association française d'Urologie. — Un groupe de médecins et de chirurgiens de Paris et de la province a formé le projet de fonder une « Association française de médecins et chirurgiens urologistes ». Un comité d'initiative a été constitué : il se compose de MM. Albarran (Paris), Audry (Toulouse), Carlier (Lille), Chevalier et Desnos (Paris), Éraud (Lyon), Estor (Montpellier), Guiard (Paris), Malherbe (Nantes), Pousson (Bordeaux), Vigneron (Marseille). La première réunion doit avoir lieu à Paris vers le milieu du mois d'octobre.

LES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Deuxième session*)

TENU A GENÈVE LE 1er SEPTEMBRE 1896

SUITE (1).

QUATRIÈME QUESTION

Fréquence relative et formes les plus usuelles des rétrécissements du bassin, selon les différents pays, groupe de pays et contrées.

M. Kufferath (Bruxelles), rapporteur.

I. — FRÉQUENCE RELATIVE ET FORMES LES PLUS COMMUNES DES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN.

L'ensemble des statistiques donne pour la Belgique, sur 23,091 accouchements, 419 cas de rétrécissement du bassin, soit 1,81 %. Sur 23,091 accouchements, il n'y a que 2 bassins ostéomalaciques, soit 0,009 %; et 6 bassins obliques, soit 0,03 %.

Bassins simplement aplatis non rachitiques. — Sur 11,869 accouchements, il y a 141 bassins aplatis non rachitiques, soit 1,10 %. Un seul de ces bassins mesurait moins de 8 centimètres.

Bassins aplatis rachitiques (bassins aplatis et bassins généralement rétrécis). — Sur 11,869 accouchements, il y a 99 bassins de cette catégorie, soit 0,83 %.

Bassins généralement et régulièrement rétrécis. — Sur 11,869 accouchements, je trouve 6 de ces bassins signalés, soit 0,05 %.

II. — MODES D'INTERVENTIONS LES PLUS USITÉS PENDANT LES DIX DERNIÈRES ANNÉES, SUIVANT LES DIFFÉRENTS DEGRÉS DE FORMES DE RÉTRÉCISSEMENTS.

Je divise ces bassins en quatre catégories :

1° Bassin aplati, dont le diamètre conjugué vrai mesure de 11-9 centimètres;

2° Basssin aplati, dont le diamètre conjugué vrai mesure de 9-7 centimètres;

3° Bassin aplati, dont le diamètre conjugué vrai mesure de 7-5 centimètres;

4° Bassin aplati, dont le diamètre conjugué vrai mesure moins de 5 centimètres.

1. *Bassins aplatis de 11 à 9 centimètres.*

a) Grossesse avant terme. Pas d'intervention, à moins que les accouchements antérieurs n'aient donné naissance à des enfants plus volumineux que

(1) Voir les nos 36 à 39 de l'*Union médicale*.

la moyenne. D'après le volume de la tête de ces enfants, fixation de l'accouchement prématuré au commencement ou à la moitié du dernier mois de la grossesse.

b) Grossesse à terme.

1° Enfant vivant. Accouchement spontané; application du forceps (si la tête est engagée dans le rétrécissement ou si la manœuvre de Müller indique une capacité suffisante du bassin; version, dans le cas où la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur, malgré un travail prolongé). Tout à fait exceptionnellement symphyséotomie (volume exagéré de l'enfant, présentation oblique de Nœgelé, présentation du front, etc.).

2° Enfant mort, forceps; si l'application du forceps est difficile, embryotomie (basiotropsie).

II. *Bassins aplatis de 9 à 7 centimètres.*

a) Grossesse avant terme : accouchement prématuré artificiel à partir de sept mois et demi de la grossesse.

b) Grossesse à terme.

1° Enfant vivant : l'accouchement peut encore parfois se faire spontanément si l'enfant est petit, le plus souvent forceps ou version : forceps, quand la tête est engagée dans le rétrécissement ; version, quand la tête est mobile et que le rétrécissement n'est pas trop prononcé, de 8 1/2 à 9 centimètres.

Au-dessous de ces limites, le forceps ou la version sont généralement dangereux pour l'enfant de volume ordinaire, nous recourons alors à la symphyséotomie.

L'embryotomie n'est pratiquée sur l'enfant vivant qu'en cas de refus de la mère ou de la famille pour l'opération de la symphyséotomie, ou si les conditions de santé de la mère sont telles que cette intervention est absolument dangereuse.

2° Enfant mort : embryotomie.

III. *Bassins aplatis de 7 à 5 centimètres.*

a) Grossesse avant terme : accouchement prématuré artificiel combiné avec la symphyséotomie. La limite inférieure de cette intervention est de 5 centimètres 1/2. Je pratique dans ces cas l'accouchement prématuré artificiel et la symphyséotomie à sept mois et demi de grossesse.

Je ne pratique plus l'accouchement prématuré artificiel simple au-dessous de 7 centimètres.

b) Grossesse à terme.

1° Enfant vivant : de 6 1/2 à 7 centimètres, la symphyséotomie peut encore être pratiquée, elle devient cependant dangereuse à cause de l'écartement considérable des pubis.

De 6 1/2 à 7 centimètres, opération césarienne ou opération de Porro. Celle-ci est indiquée s'il y a atrésie du vagin. L'embryotomie n'est pratiquée sur l'enfant vivant qu'en cas de refus de l'opération césarienne, ou bien si les conditions de la mère sont absolument défavorables.

2° Enfant mort : embryotomie.

IV. *Bassins aplatis au-dessous de 5 centimètres.*

Que l'enfant soit vivant ou mort : opération césarienne, exceptionnellement opération de Porro au terme de la grossesse..

L'avortement ne doit être pratiqué que si la mère ou la famille refuse absolument l'opération césarienne.

M. Fochier (Lyon), corapporteur.

J'ai pratiqué l'examen de 120 bassins de femmes pris sans aucun choix et en série continue pendant huit mois à l'amphithéâtre de dissection de la Faculté de Lyon et j'ai corroboré les résultats par l'examen des bassins de 105 femmes accouchées à la clinique de Lyon pendant l'année 1895. De ces examens, je puis conclure que, dans la région lyonnaise, il y a 21.66 % de bassins rétrécis et 21.11 %, chiffre clinique, et que la très grande majorité des bassins simplement aplatis et un bon nombre de bassins généralement rétrécis ne présentent aucune trace de rachitisme.

Si l'on tient compte de ce fait que l'on trouve des transitions insensibles entre les types différents de bassins suffisants et les types correspondants de bassins rétrécis, la majorité des bassins rétrécis ne doit pas être considérée comme le résultat de phénomènes pathologiques à proprement parler, mais comme des variétés de développement.

M. Lusk (New-York), corapporteur.

Les déformations pelviennes sont extrêmement rares dans notre population indigène.

Ce ne sont guère que :

1° Des bassins légèrement aplatis;

2° Des bassins justo-minor;

3° Des variétés de la cyphose et de la scoliose.

Le bassin rachitique est presque inconnu.

L'ostéomalacie n'y existe pas.

M. Faucourt-Barnes (Londres), corapporteur.

Dans la Maternité royale de Londres, pendant dix ans, sur un chiffre total de 38,065 femmes enceintes dont les mensurations internes et externes du bassin ont été faites d'après un même système, il s'est trouvé :

150 cas de bassins aplatis avec un conjugué vrai de moins de 9,5 centimètres.

45 cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis avec un conjugué vrai de moins 10 cent.

0 cas de bassins ostéomalaciques.

Au point de vue des interventions pratiquées dans la clinique pendant les dix dernières années dans les rétrécissements du bassin, il y a eu : 74 cas de versions, 190 de forceps, 15 de craniectomie, 0 d'opération césarienne.

Ces chiffres démontrent que les rétrécissements, en général, dans ma maternité, sont insignifiants.

M. G. Rein (Kiew), corapporteur.

Dans les douze cliniques et maisons d'accouchements des différentes régions de la Russie, sur 55,000 femmes enceintes, il s'est trouvé 2,205 bassins où le conjugué vrai a été jusqu'à 9,5 pour les bassins aplatis et 10 pour les bassins généralement et régulièrement rétrécis; ce qui fait 4 % de bassins rétrécis dudit degré.

Le nombre total des bassins rétrécis, en y comprenant les bassins avec un degré moindre de rétrécissement, est presque le même en Russie que dans l'Allemagne. Ainsi, dans la clinique de Kieff on a trouvé 14,1 % de bassins rétrécis, dans le travail de Rymscha de la maternité de Saint-Pétersbourg (professeur Krassowsky), ce chiffre atteint 13,5 % et dans la Maternité de la grande-duchesse Hélène Parolowna le nombre total des bassins rétrécis va jusqu'à 17,7 %.

En général, il se trouve en Russie relativement très peu de bassins avec un degré considérable de rétrécissement. On ne trouve que dans 457 cas sur 54,000 femmes (0,80 %), le bassin rétréci avec le conjugué vrai 8 pour les bassins aplatis, et le conjugué vrai 9 pour les bassins généralement et régulièrement rétrécis. Dans ce nombre insignifiant, qui correspond à la plupart des comptes rendus des cliniques et des maisons d'accouchements en Russie, sont inclus les rétrécissements du deuxième et troisième degré. Quant aux rétrécissements du troisième degré (les bassins pour la section césarienne), ils se trouvent en Russie relativement encore plus rarement.

Le Caucase, où le rachitisme se rencontre bien rarement, a donné la moindre proportion de bassins rétrécis, 1,04 %; le plus grand % a été donné par la clinique de Varsovie (professeur Jastreboff) 48 % !! des bassins rétrécis avec le conjugué vrai 9, et c'est à Varsovie que presque tous les bassins rétrécis sont rachitiques. La différence des chiffres dans les différents établissements provient, en partie, à ce qu'il paraît, de la différence ethnographique, du rachitisme plus ou moins répandu, des mensurations du bassin plus ou moins exactes et, enfin, du manque d'entente qui existe jusqu'à présent à propos des méthodes de mensurations, ainsi que dans l'interprétation des données obtenues par les mensurations. Ainsi, dans la statistique du Dr Geltoukhin (Saint-Pétersbourg), nous ne trouvons qu'un très petit nombre de bassins rétrécis (0,6 % sur 3,414 femmes enceintes), parce que cet auteur ne compte que les cas où les mensurations du conjugué diagonal ont été prises, tandis que les autres auteurs se contentent parfois, à ce qu'il paraît, de prendre la mesure du conjugué externe. Dans la clinique de Kieff on a compté, non seulement les bassins où le conjugué diagonal avait été mesuré, mais aussi les cas où cette dimension n'avait pas été prise pour telle ou telle raison, mais où le conjugué externe était 18 et où des observations détaillées du mécanisme du travail avaient donné les preuves de l'existence du rétrécissement.

La forme prédominante est le bassin aplati non rachitique; après c'est le bassin généralement et régulièrement rétréci. Nous constatâmes 862 bassins aplatis non rachitiques et 818 bassins généralement et régulièrement rétrécis sur 54,000 femmes enceintes, ce qui fait 1,5 % pour chacune des formes citées du rétrécissement.

Parmi les 2,078 bassins rétrécis, nous trouvons 417 bassins rachitiques. En général, 1 bassin rétréci sur 5 à peu près présente les symptômes du rachitisme (19 %) et parmi les bassins aplatis 1 sur 3.

L'ostéomalacie est très rare. Nous ne trouvons dans notre statistique que 4 bassins ostéomalaciques, ce qui fait 0,007 %.

M. Pestalozza (Florence), corapporteur.

Sur un chiffre total de 7,962 femmes enceintes accueillies dans la clinique obstétricale de Florence, depuis 1883 jusqu'à 1895, on a trouvé 1,444 bassins rétrécis.

Parmi les 1,444 bassins rétrécis, on a pu préciser, dans 770, la forme du rétrécissement et, dans la pluralité des cas, aussi la cause, dans les autres, les renseignements ont été incomplets.

Dans ces 770 bassins rétrécis, on peut reconnaître l'influence du rachitisme dans 339 cas; 145 sont des bassins aplatis non rachitiques, 236 des bassins généralement et régulièrement rétrécis; 50 enfin reconnaissent des causes diverses (cyphose, cyphoscoliose, luxation uni ou bilatérale, paralysie atrophique des membres inférieurs) à l'exclusion absolue de l'ostéomalacie, qui fut rencontrée une seule fois dans la Maternité de Florence, et même dans ce cas sans aucune influence sur la marche du travail.

Les 339 bassins rachitiques sont représentés par :

Bassins rachitiques simplement aplatis, 106.

Bassins rachitiques aplatis et généralement rétrécis, 41.

Bassins rachitiques généralement et irrégulièrement rétrécis, 192.

Les bassins non rachitiques, au nombre de 431, figurent comme :

Bassins simplement aplatis, 145.

Bassins généralement et régulièrement aplatis, 236.

Autres formes, 50.

Des 1,444 femmes atteintes de rétrécissement du bassin, 1,391 accouchèrent à la clinique ; les opérations réclamées par l'étroitesse du bassin ont été au nombre de 393, c'est-à-dire :

Forceps	159
Version	38
Extraction	42
Accouchement prématuré provoqué	59
Embryotomie	46
Symphyséotomie	3
Section césarienne	14
	393

La mortalité a été de 8 femmes sur les 1,391 accouchées, c'est-à-dire :

3 par infection puerpérale.

3 à la suite de la section césarienne.

1 par rupture de la matrice après version.

1 par hémorragie après symphyséotomie.

Sur les 1,391 accouchements, il y a eu 95 enfants morts pendant le travail ou à la suite des opérations.

M. Treule (Leiden), corapporteur.

Sur 22,955 accouchements, il s'est trouvé 816 bassins rétrécis, dont les mesures étaient dans les limites indiquées par le questionnaire, soit 3,5 % de bassins rétrécis.

Parmi ces bassins, il y avait :

657 = 2,8 % cas de bassins aplatis, avec un conjugué vrai de moins de 9,5 centimètres.

159 = 0,7 % cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis, avec un conjugué vrai de moins de 10 centimètres.

0 cas de bassins ostéomalaciques.

Ces chiffres sont nécessairement trop élevés. Les observations ne sortant que de cliniques obstétricales, il s'y trouve un nombre relativement élevé de cas de bassins viciés, parce que ces cas sont dirigés vers la clinique pendant un accouchement laborieux ou bien y arrivent pour les accouchements ultérieurs, quand le précédent a été difficile. Il est impossible d'évaluer la diminution des chiffres qu'il comporterait de faire, pour arriver à un résultat plus exact.

Pour ce qui est des modes d'intervention les plus usités pendant les dix dernières années, il règne là-dessus, en Hollande, une grande uniformité d'idées ne différant que dans les détails.

Le forceps n'est appliqué que dans le cas où la tête a déjà passé au moins pour la moitié le détroit supérieur. Tant que tel n'est pas le cas, on fait la version podalique.

Jusqu'ici on ne fait pas la symphyséotomie (je n'en connais qu'un cas, excepté celui que j'ai communiqué à la Société obstétricale de France).

Pour les bassins modérément rétrécis, on provoque l'accouchement prématuré. C'est là qu'il y a des différences de détail pour la limite du degré de rétrécissement, nécessitant déjà ou permettant encore l'accouchement provoqué. La limite supérieure varie pour les bassins aplatis de 8 1/2 à 8 centimètres, et pour les bassins généralement rétrécis, de 9 3/4 à 8 3/4 centimètres, la limite inférieure de 7,5 à 7 centimètres, respectivement de 9 1/4 à 8 1/2 centimètres. Cette différence provient de l'emploi de la position supinée (dite de *Walcher*), qui a fait reculer les limites de l'accouchement provoqué pour ceux qui se servent de cette position. Entre les bassins qui sont justiciables de l'accouchement prématuré et ceux qui donnent une indication absolue de l'opération césarienne (conjugué vrai de 6,5 centimètres pour les bassins aplatis, 7,5 pour les bassins généralement rétrécis), se trouvent les cas dans lesquels on conseille l'opération césarienne. Si cette opération à indication relative n'est pas acceptée, on fait la perforation soit de la tête première, soit après version faite quand l'extraction manuelle de la tête se trouve être impossible.

DISCUSSION

M. Morisani (de Naples). — Sur 2,769 accouchements, j'ai observé 47 % de rétrécissement du bassin, 2 cas de bassin généralement et régulièrement rétrécis, 50 cas de bassins plats rachitiques, 1 cas de bassin plat non rachitique, 21 cas de bassins simplement aplatis sans symptômes de rachitisme, 10 cas de bassins ostéomalaciques, etc.

Je n'insisterai pas sur cette statistique, je trouve que les chiffres recueillis dans les maternités ne peuvent être toujours exacts, car il ne s'y présente que les femmes qui ont besoin d'assistance. Du reste, les statistiques ne peuvent etre d'une utilité réelle, car tous les accoucheurs no sont pas d'accord sur la classification des bassins, et nous ne pourrons tirer des statistiques des conclusions fermes qu'après avoir adopté une classification qui sera la même dans tous les pays. Je propose dono au Congrès de mettre à l'étude les deux propositions suivantes :

1° Est-il possible, dans l'état actuel de la science, de formuler une classification scientifique des bassins rétrécis ?

2° Quelle est la classification qui répond le mieux aux besoins de la science obstétricale ?

M. Audebert (de Bordeaux). — Du 1er juin 1895 au 31 juillet 1896, 773 femmes sont venues accoucher à

la clinique ; 52 d'entre elles étaient atteintes de rétrécissement du bassin, soit 6,72 %.

Sur ces 52 viciations pelviennes, on comptait :

1° Bassins apolatis au D. S. seul : de 8 à 9 centimètres 1/2 ,39 ; au-dessous de 8, 0.

Bassins aplatis dans toute leur hauteur : de 8 à 9 cent. 1/2, 3 ; au-dessous de 8, 0.

Bassins uniformément rétrécis, 5.

Bassins cyphotiques, 3.

Bassins cypho-rachitiques, 1.

Bassins coxalgiques, 1.

39 fois l'accouchement s'est produit spontanément.

Les opérations pratiquées dans les autres cas sont :

1° Forceps, 9.

a) Forceps seul, 6 fois : 5 fois pour des causes indépendantes du rétrécissement (inertie utérine, œdème du col) ; 1 fois pour rétrécissement du détroit inférieur (bassin cyphotique).

b) Forceps complémentaire d'une autre opération : 2 fois après symphyséotomie, 1 fois après version sur la tête dernière.

2° Versions, 4 ; seules, 3 ; complémentaire, 1 après la symphyséotomie.

3° Un accouchement prématuré combiné avec la symphyséotomie, bassin cyphotique de 5 cent. 1/2.

4° Symphyséotomie, 4 : une fois combinée avec un accouchement prématuré et suivie d'une version, 2 fois suivie de forceps, 1 fois avec extraction du siège.

Les 4 enfants sont vivants. Mortalité des mères, 0.

Morbidité : 7 ont présenté des accidents infectieux légers, mais sont parties guéries, soit 13 %.

Mortalité des enfants. En défalquant un enfant, mort au début du travail à la suite d'hémorragie due à une insertion basse du placenta, il y a eu 2 morts

1° Bassin de 9 cent. 1/2, enfant très volumineux, procidence du cordon, rendant la symphyséotomie trop risquée. Version, fracture du frontal.

2° Bassin de 8 cent. 1/2. Au dernier moment, la femme refuse la symphyséotomie qu'elle avait acceptée avant. Forceps, enfoncement du frontal. Enfant mort. Soit 2 p. 52, soit 3,75 %.

D'après les résultats, il me semble qu'on peut conclure que dans les bassins de 8 à 9 cent. 1/2, on devra attendre le terme de la grossesse : le plus souvent, 75 fois %, l'accouchement se fera seul ; donc la symphyséotomie offre une ressource précieuse qui permettra, sans faire courir des risques sérieux à la mère, de sauver presque à coup sûr la vie de l'enfant.

Mme Krajewska Dolnja Tuzla (de Bosnie). — Sur 1,245 femmes que j'ai examinées au point de vue obstétrical, j'ai trouvé 11 cas d'ostéomalacie. Toutes les malades appartenaient à la population mahométane du pays, aucune n'était enceinte. Je crois que l'on peut faire entrer dans les causes de l'ostéomalacie : une mauvaise hygiène, toutes mes malades appartenaient à la classe pauvre du pays, et aussi la précocité des mariages. Il est très fréquent de voir des jeunes filles se marier à douze ans.

(A suivre.)

CONGRÈS DIVERS

suite (1).

V. — Communications diverses.

M. A. Rispal a observé un cas de *maladie d'Addison*, avec absence des capsules surrénales à l'autopsie. Le malade, âgé de vingt-quatre ans, avait présenté tous les symptômes habituels : cachexie progressive, mélanodermie, etc., et la mort était survenue au bout de dix-huit mois. Non seulement les capsules surrénales manquaient, mais les bronches et les ganglions du sympathique abdominal étaient normaux et il n'y avait pas trace de lésion tuberculeuse viscérale.

— M. Pic a vu, dans une *néphrite interstitielle*, un tremblement spécial se combiner au rythme respiratoire de Cheyne-Stokes. Les membres se mettaient à trembler en masse pendant la phase d'amplitude respiratoire décroissante, surtout les membres supérieurs. Ce tremblement s'exagérait au moment de l'apnée, puis décroissait rapidement pour cesser au début des respirations à amplitude croissante. En fait, les troubles moteurs, rythmés comme les troubles respiratoires, alternaient avec eux. Des observations analogues ont du reste déjà été publiées. Tout cela prouve que le cerveau a un rôle important dans le mécanisme du type respiratoire de Cheyne-Stokes. Pendant la période apnéique, il y a souvent oblitération de la conscience, et il existe des oscillations coordonnées dans le domaine sensoriel, intellectuel ou circulatoire. La comparaison avec l'action de certains poisons sur l'écorce cérébrale, avec les troubles respiratoires dans les maladies mentales, plaident en faveur de la participation de l'écorce à la production du phénomène morbide des respirations périodiques, sans toutefois permettre de méconnaître l'importance des phénomènes d'ordre chimique ou réflexe dans la physiologie pathologique de respiration de Cheyne-Stokes.

— Pour M. De Brun, l'*ascite paludéenne* peut s'observer dans deux conditions différentes : tantôt c'est une manifestation de la cachexie palustre qui coïncide avec d'autres épanchements, tantôt, ce qui est beaucoup plus rare, elle est isolée.

L'ascite isolée peut dépendre de l'atrophie palu-

(1) Voir les nos 37 à 39 de l'*Union médicale*.

déenne du foie. Microscopiquement, on constate les lésions de la cirrbose alcoolique de Laënnec ; M. De Brun en a récemment observé deux cas chez des malades qui ne buvaient que de l'eau. L'ascite est tenace et se reproduit facilement après chaque ponction.

Dans une autre série de faits, c'est la périsplénite avec plus ou moins d'ascite. De longues et violentes douleurs spléniques apparaissent chez un paludique, en même temps qu'il y a hypertrophie et induration de la rate. L'épanchement se produit lentement, mais augmente sans cesse.

Enfin, il est des cas où l'ascite peut être attribuée à une congestion péritonéale analogue aux congestions pulmonaires, spléniques et rénales qui précèdent les cirrhoses palustres. Le début est insidieux, l'indolence totale, et il n'y a aucun phénomène réactionnel.

— D'après M. Spillmann, dans le *typhus exanthématique*, l'albuminurie est constante, l'urobilinurie très fréquente. On a extrait de l'urine des malades une ptomaïne et une toxalbumine. MM. Spilmann et Protois ont expérimenté ces substances et constaté que la toxalbumine détermine chez le lapin de la diarrhée et de la dyspnée, tandis que la ptomaïne n'est pas toxique. Tous les typhiques présentent des lésions rénales très avancées. *(A suivre.)*

OBSÈQUES DE M. J. ROCHARD

Voici les discours prononcés aux obsèques de M. Rochard :

M. Lereboullet, au nom de l'Académie, prend la parole :

Messieurs,

Une voix plus autorisée devait aujourd'hui, au nom de l'Académie de médecine, affirmer les regrets que nous cause la perte d'un collègue dont la vie tout entière a eu pour objet de faire connaître ou progresser la science et de bien servir son pays.

Malheureusement, tous ceux qui eussent été à même de louer dignement l'œuvre scientifique et la glorieuse carrière de M. Rochard sont trop éloignés de Paris pour avoir pu être avertis du deuil qui nous frappe, et j'ai dû accepter le douloureux honneur d'être ici leur interprète.

Mais si ma première parole doit être une excuse, il me sera permis cependant de m'autoriser des témoignages de bienveillante amitié que m'a si longtemps prodigués notre cher et regretté collègue, pour dire de quel cœur j'ai accepté le devoir que sa famille impose à ma respectueuse condoléance.

M. Rochard aimait, en effet, et il soutenait de son influence tous ceux qui, à son exemple, ne demandent qu'à un travail incessant, à l'étude attentive de tous les progrès scientifiques, à la vulgarisation des découvertes contemporaines, la juste notoriété qu'ils ambitionnent.

Il était de ces savants qui estiment qu'aux temps fiévreux de rénovation scientifique où nous vivons, alors qu'il est souvent difficile d'apporter quelques matériaux indestructibles à l'œuvre qui s'édifie de nos jours, il convient tout au moins d'analyser et de discuter les contributions qui nous viennent de tous côtés, de les éclairer à la lumière d'une critique impartiale, de les féconder par des commentaires historiques.

Dans les œuvres de ce genre, où ce qui manque parfois à la maturité de la pensée peut être éclairé par l'ingéniosité des rapprochements historiques et critiques, la clarté du style est indispensable. M. Rochard l'a compris dès ses débuts, et c'est pourquoi les œuvres qu'il nous a laissées sont si attrayantes et, pour quelques-unes d'entre elles, si suggestives.

Ce n'est point à dire toutefois qu'il n'ait lui-même apporté quelque pierre nouvelle à l'édifice médical. L'histoire de sa vie prouve au contraire ce que fut ce savant, à l'esprit si ouvert, à la plume si élégante.

Né à Saint-Brieuc, le 30 octobre 1819, entré à l'âge de dix-huit ans au service de la marine, il avait commencé par exercer aux Antilles, au Sénégal, à Cayenne, dans les mers de l'Inde, à Terre-Neuve, ses laborieuses et méritoires fonctions médicales. En 1847, il se faisait recevoir docteur en médecine. En 1848, il commençait, comme chef des travaux anatomiques à l'école de Brest, sa carrière vraiment scientifique. Deux années plus tard, il obtenait au concours le titre de médecin professeur, puis celui de chirurgien en chef, enfin celui de directeur. Pendant seize années, il professa successivement l'anatomie, la physiologie, la médecine opératoire, la clinique chirurgicale, la médecine administrative et la médecine légale. Des aptitudes si diverses, un zèle aussi éprouvé, devaient lui assurer un avenir aussi rapide que brillant. Notre collègue a parcouru, en effet, toutes les étapes de la hiérarchie officielle. Directeur du service de santé, le 21 juillet 1870, il était nommé, le 13 décembre 1875, inspecteur général du service de santé de la marine, et c'est avec un juste orgueil qu'il a pu écrire lui-même, en 1890, dans son exposé de titres : « M. Rochard compte cinquante années de services effectifs dans le corps de santé de la marine, sept années de navigation, seize années d'enseignement. Il a obtenu tous ses grades au concours, jusqu'à celui de professeur inclusivement. »

Tandis qu'il occupait ainsi les plus hautes situations que puisse ambitionner un médecin de la marine, il profitait de son expérience pour publier une série de travaux sur la chirurgie pratique, le service chirurgical de la flotte en temps de guerre, les soins à donner aux blessés dans les batailles navales et au moment des débarquements; il obtenait un prix à l'Académie de médecine pour un mémoire intitulé : *De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche et le développement de la phtisie pulmonaire*. Il était l'un des collaborateurs les plus autorisés des *Archives de médecine navale*, l'un des chirurgiens les plus consultés de la marine.

Il voulut plus encore. Persuadé qu'il existe une étroite solidarité entre toutes les branches de l'art de guérir, il prétendit démontrer, par la succession et l'enchaînement des faits, que toutes les conquêtes de la chirurgie ont été la conséquence des progrès préalablement accomplis en anatomie, en physiologie, dans les sciences naturelles et même dans les institutions médicales. De cette conception philosophique est né un livre qui restera, l'*Histoire de la chirurgie française au* XIX*e siècle*, ouvrage dont le savoir critique égale la valeur littéraire, et à qui suffirait aujourd'hui pour être complété un chapitre établissant les progrès

accomplis depuis l'année 1875, et montrant que la révolution opérée par la découverte de l'antisepsie n'efface en rien les progrès signalés par M. Rochard pour la période qui finit en 1874.

Une œuvre aussi considérable ne pouvait manquer d'appeler, sur son auteur, l'attention du monde savant. Sa publication valut, en 1877, à M. Rochard, le titre de membre de l'Académie de médecine, qu'il présida en 1894.

La situation qu'il occupa au milieu de nous, quel est celui de nos collègues qui pourrait en méconnaitre l'éclat? Doué de qualités que possèdent rarement, à un même degré, les hommes de science : un incomparable talent oratoire, une mémoire impeccable et l'art d'écrire avec autant de facilité que d'élégance et de clarté; il séduisait tous ceux qui avaient la bonne fortune d'entendre ses improvisations ou d'écouter ses lectures.

Ses éloges de Chassaignac et de Fonssagrives, ses mémoires sur les épidémies de peste, sur le traitement des abcès du foie, sur diverses maladies des pays chauds; les innombrables rapports qu'il a présentés au Comité consultatif ou au Conseil d'hygiène sur toutes les questions qui, dans ces quinze dernières années, ont sollicité l'attention des pouvoirs publics, ne sont rien encore auprès des œuvres de vulgarisation qu'il a écrites ou inspirées depuis le jour où il a dû prématurément résigner ses fonctions officielles.

En 1886, en effet, un décret imprévu et dont les conséquences funestes n'ont pas tardé à se faire sentir, supprimait brusquement le titre et les fonctions d'inspecteur général du service de santé de la marine. Pour bien prouver que cette mesure n'était motivée que par des considérations d'ordre général, M. Rochard recevait, à titre de compensation, la dignité de grand officier de la Légion d'honneur, mais il devait faire valoir ses droits à la retraite.

Notre collègue avait l'âme trop haute et le caractère trop digne pour se sentir amoindri par une mesure de ce genre. Cette épreuve imméritée le releva et, c'est à dater de ce jour qu'il se multiplia pour prouver son activité intellectuelle et les services qu'il était encore en mesure de rendre à son pays.

C'est alors, en effet, qu'après avoir été chirurgien, historien de la médecine et administrateur, il se donna à l'hygiène et publia toute une série de monographies et d'ouvrages didactiques parmi lesquels il convient de citer son *Traité d'hygiène sociale*, *l'Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques*, et ces livres si bien pensés et si bien écrits qu'il a intitulés : « *L'Education de nos fils* » et *L'Education de nos filles* ».

Entre temps, l'infatigable savant donnait à la *Revue d'Hygiène*, à l'*Union médicale*, que dirige son fils, au *Temps* et surtout à la *Revue des Deux Mondes*, cette série d'articles où l'on ne sait vraiment ce qu'il convient de louer davantage, ou la variété des connaissances et des aptitudes du savant ou le talent de l'écrivain.

Ancien président de la Société de Médecine publique et de l'Association française pour l'avancement des sciences; membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; attaché à toutes les grandes commissions instituées par le ministère de l'instruction publique ou le ministère du commerce; membre ou correspondant d'un grand nombre de Sociétés françaises et étrangères, M. Rochard n'avait donc rien perdu à abandonner ses fonctions d'inspecteur général, et la retraite avait été pour lui une occasion de mieux faire connaître le charme que donnait à son commerce une culture scientifique et littéraire aussi étendue que variée.

Il vivait heureux au milieu des siens. Ce travailleur pour qui les mots *Science* et *Patrie* résumaient les plus nobles aspirations de l'âme humaine, voyait ses enfants réaliser ses vœux les plus chers. Son fils aîné, après avoir, à son exemple, débuté dans la médecine navale, obtenait au concours les situations les plus enviées et marquait sa place parmi les chirurgiens d'avenir. Son second fils et son gendre occupaient dans l'armée et dans la marine des positions que l'on n'accorde jamais qu'aux hommes chez qui la dignité du caractère égale le savoir et le dévouement professionnel. Sa fille bien-aimée aidait Mme Rochard à adoucir pour lui toutes les amertumes de l'existence, à l'entourer des soins les plus affectueux. C'est cette vie de bonheur intime et de satisfactions morales justement méritées qu'est venu briser le retour d'accidents dus à une ancienne blessure causée par la balle d'un aliéné. Peu à peu, malgré les soins les plus éclairés, malgré l'incessant dévouement de tous les siens, la robuste constitution de M. Rochard s'est altérée et il a vu, sinon sans douleur, du moins sans effroi et sans désespérance, que sa fin était proche. Il est mort sans trop souffrir. Heureux ceux qui parvenus au terme d'une existence dignement remplie, peuvent s'endormir avec la conscience d'avoir toujours fait tout leur devoir, avec la certitude que leur mémoire restera longtemps vivante et vénérée, avec la conviction qu'ils n'auront jamais rien à redouter des jugements de la postérité! (*Vifs applaudissements.*)

Discours prononcé par M. Napias, au nom de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle :

Au nom de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, je viens dire un dernier adieu à l'homme éminent dont elle porte aujourd'hui le deuil et qui fut un de ses présidents les plus actifs et les mieux aimés.

C'est dès la fondation de notre Société, en 1877, que Jules Rochard vint à nous; et si, comme il le disait alors, il avait eu souvent à s'occuper d'hygiène dans sa longue carrière de médecin de la marine, c'est à cette époque qu'il commença à se donner plus complètement, — et bientôt d'une façon exclusive — à l'étude de l'hygiène publique.

Il en avait tout de suite compris l'importance, et il disait excellemment quand, en 1881, il prenait chez nous le fauteuil de la présidence, que « si le pouvoir de la médecine est très borné quand il s'agit de guérir les maladies, il est presque sans limites quand il s'agit de les prévenir ».

Depuis cette époque, il n'est pas une question d'hygiène à laquelle il n'ait touché : hygiène urbaine, hygiène hospitalière, hygiène industrielle, hygiène de l'enfance, hygiène sociale l'intéressaient également; et pendant qu'il apportait à leur étude sa haute et compréhensive intelligence, il mettait au service des idées les plus neuves, les plus hardies, les plus fécondes pour la protection de la vie humaine, dont il calculait le prix dans un travail demeuré célèbre, sa plume lettrée et infatigable ou sa superbe éloquence.

Sur ce territoire scientifique et social où il abordait avec la Société de Médecine publique, il était presque aussitôt reconnu comme un maître; il y entrait en conquérant et y élevait enfin, en publiant sa belle *Encyclopédie*, un monument digne de sa gloire.

La Société de Médecine publique ne saurait oublier jamais, ni sa science si étendue servie par une mémoire merveilleuse, ni les chauds accents de sa parole, ni sa bienveillante simplicité, ni le charmant sourire de ce visage que la mort immobilise aujourd'hui dans le calme de l'éternel repos et qui reflétait la bonté de son cœur.

Pour moi, qui ai si souvent admiré ses qualités éminen-

tes dans les Commissions ou les Conseils où j'ai eu l'honneur de siéger avec lui, soit dans notre Société, soit au Comité consultatif d'hygiène de France, soit au Conseil supérieur de l'Assistance publique, je me souviens aussi d'un temps plus lointain; — je me souviens surtout, aujourd'hui, que médecin de la marine, j'ai eu le plaisir de servir sous ses ordres et que je m'étais habitué, en dépit des années qui depuis se sont écoulées si nombreuses, à le croire toujours jeune, en voyant la perpétuelle jeunesse de son cœur et de son esprit. — Je garde au fond de l'âme, avec sa mémoire, cette fierté de penser qu'après avoir été un chef bienveillant, il voulut bien m'honorer de son amitié.

Adieu, cher président, cher maître, cher ami!

Discours de M. Leroy des Barres, au nom du Conseil d'Hygiène et de Salubrité de la Seine, dont M. Jules Rochard avait été le président :

Messieurs,

Je viens au nom du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité de la Seine, en l'absence de son président, éloigné de Paris en ce moment, rendre un hommage suprême au membre éminent qui lui est enlevé, quelques jours à peine après la perte cruelle qu'il a éprouvée déjà en la personne de M. G. Lagneau.

Dans sa vie consacrée jusqu'à la dernière heure à un labeur incessant, M. Rochard s'est montré, à la fois, un chirurgien, un médecin et un hygiéniste de haute distinction.

Professeur, praticien et écrivain, ses qualités originales ont fait de lui un encyclopédiste tel qu'on n'en rencontre plus guère dans notre milieu professionnel, avec la spécialisation à laquelle oblige actuellement l'étendue de la science.

Il ne m'appartient pas, surtout après les voix autorisées et éloquentes que vous venez d'entendre, de retracer la brillante et féconde carrière de l'ancien inspecteur général du service de santé de la marine, ni de faire l'éloge de l'ancien président de l'Académie de médecine et du membre influent de tant d'autres sociétés scientifiques où il a déployé son infatigable activité au profit de l'hygiène sociale. Ma mission est beaucoup plus modeste, et je dois me borner à rappeler brièvement la part qu'a prise M. Rochard, apres sa retraite, aux travaux du Conseil d'hygiène publique où il avait été appelé, le 4 juin 1886, par l'élection, à succéder au professeur Bouchardat.

Sans m'arrêter ni aux nombreux et lumineux rapports qu'il a rédigés sur des affaires concernant des établissements classés, ni aux enquêtes, au sujet d'un certain nombre de maladies épidémiques, auxquelles il a procédé avec le soin scrupuleux que vous lui connaissiez, je dois citer d'une manière spéciale une étude très complete sur l'insalubrité causée par les fêtes foraines, un rapport sur la revision des instructions en matière de secours à donner aux blessés, noyés et asphyxiés; enfin, un travail fort important sur l'assainissement de la Seine et l'épuration des eaux d'égout.

Cette rapide et sèche énumération ne donne qu'une idée bien imparfaite du concours qu'a prêté au Conseil, pendant dix ans, M. Rochard, dont les efforts constants ont été de faire adopter, avant tout, des solutions pratiques. C'est surtout, en effet, dans les discussions des nombreuses affaires qui, chaque année, sont examinées, que notre collègue mettait, avec la plus grande modestie, en valeur l'étendue de ses connaissances spéciales, ainsi que la sûreté de son jugement, exerçant de la sorte la plus heureuse influence sur les décisions qui intervenaient.

L'autorité bien légitime dont il jouissait parmi nous, il la devait certainement, pour la part la plus grande, à ses remarquables publications en hygiène; il me suffit, à cet égard, de nommer divers articles publiés dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dans les *Archives de médecine navale* et dans divers recueils périodiques, de 1851 à ce jour, sur l'*Acclimatement*, l'*Air marin*, le *Béri-Béri*, la *Dengue*, etc., son *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques*, ses *Études d'hygiène sociale*, son *Traité d'hygiène publique et privée*, son ouvrage sur l'*Éducation de nos fils*, ainsi qu'à sa participation aux travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France, auquel il a longtemps appartenu, et pour une autre part, au talent persuasif avec lequel, grâce à un esprit largement ouvert, il arrivait à faire partager ses convictions, dont la sincérité était éclatante.

Je viens de dire un mot du savant que servaient avec tant de bon sens une plume élégante et alerte, toujours circonspecte, un style coloré et plein de verve, une parole facile, débordant d'esprit, de bon sens et de profondeur tout à la fois, parole que rendaient encore plus impressionnante une habile modulation de la voix, une diction artistique, l'expression de la physionomie et un jeu très calculé des mouvements; mais les mérites de l'homme privé ne le cédaient en rien à ceux de l'homme de science: M. Rochard était un collègue d'une bienveillance extrême, dont la franchise séduisait, de prime abord, et qu'un commerce plus prolongé, dans lequel sa courtoisie, sa bonne grâce, la chaleur de son cœur, se sentaient plus à l'aise, vous conduisait rapidement à l'aimer.

Son voisin au Conseil, j'ai pu personnellement apprécier, en plus d'une occasion, dans l'échange de nos impressions, l'élévation de ses sentiments; sa bonté, son indulgence même, qualités bien séduisantes, alliées à la fermeté et à la droiture d'un soldat demeuré le serviteur inflexible de tous ses devoirs.

Notre Compagnie sentira longtemps le vide que produit la mort de M. Rochard; si notre Collègue est enlevé à notre affection, sa mémoire ne s'effacera jamais, car l'Œuvre considérable et fructueuse en résultats qu'il laisse ne saurait périr.

Devant ce cercueil, je traduis une dernière fois, au nom du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité de la Seine, l'expression de ses regrets les plus profonds et les plus douloureux!

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1896

M. Peyrot rapporte un cas intéressant de *sphacèle susannulaire rétrograde* dans une hernie étranglée qu'il a opérée dans son service, à l'hôpital Lariboisière.

Un individu souffrait, depuis quelques jours, au niveau d'une hernie ancienne irréductible et volumineuse. Il était très affaibli; son teint légèrement subictérique. Au cours de l'opération, M. Peyrot s'aperçut que l'intestin était sphacelé bien au-dessus du siège de l'étranglement. L'épiploon, adhérent à l'intestin et replié en haut, s'était engagé dans l'anneau herniaire et comprimait ainsi l'intestin dans sa boucle.

Cette observation est à rapprocher de celle de M. Millard,

où l'étranglement d'une hernie était dû à la procidence de l'appendice vermiculaire et à l'anneau que celui-ci formait autour de l'intestin.

— M. Chauvel lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Laborie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Imputrescibilité du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue. Note de MM. Bosc et Delezenne (Montpellier).

Dans le cours de recherches expérimentales sur les propriétés des substances anticoagulantes, nous avons été frappés par ce fait que le sang pris à un animal après injection intra-veineuse d'extrait de sangsue peut se conserver pendant un temps très long sans que la putréfaction apparaisse. Si l'on place un échantillon de sang normal de chien et un échantillon du sang pris chez le même animal après injection dans les veines d'extrait de sangsue, à 20-22° c., dans les mêmes conditions, l'on voit que la putréfaction apparaît toujours bien plus tardivement pour le sang rendu incoagulable. Ce dernier peut rester trois semaines, un mois, sans trace de putréfaction, alors que l'échantillon de sang normal est putréfié en trois à quatre jours au maximum.

Pour expliquer ce retard si considérable dans la putréfaction, nous avons étudié la résistance à la putréfaction du sang rendu incoagulable *in vitro*, c'est-à-dire mélangé à de l'extrait de sangsue préparé par ébullition et stérilisé à l'autoclave (nous avons vu, en effet, que l'extrait de sangsue conserve ses propriétés anticoagulantes après stérilisation à 100, 110 et 120°). Ce sang met également à se putréfier un temps plus long que le temps normal, mais ce retard ne dépasse pas quatre à six jours.

Cette résistance à la putréfaction n'est pas due à une *action antiseptique* propre à l'extrait de sangsue. Ce liquide constitue, en effet, un milieu de culture favorable pour de nombreuses espèces microbiennes, sans modification de leur forme ou de leur virulence.

Il faut donc attribuer cette imputrescibilité du sang à des *modifications produites dans le sang* lui-même par l'extrait de sangsue.

Dans le sang rendu incoagulable, en effet, les globules blancs demeurent vivants pendant très longtemps et ont des mouvements amiboïdes d'une grande intensité, même à la température ordinaire. Ce sang demeurerait, en somme, « vivant », en dehors de l'organisme, et on peut penser que cette persistance de la vitalité du leucocyte entraîne la persistance ou même l'exagération de son pouvoir phagocytaire. Mais comme l'imputrescibilité persiste alors même que les leucocytes sont morts, il est probable que l'extrait de sangsue n'empêche pas la putréfaction seulement par la persistance de la phagocytose, mais aussi par l'augmentation du *pouvoir bactéricide* du sang, grâce aux sécrétions leucocytaires.

ÉCHOS & NOUVELLES

Légion d'honneur. — A été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur : M. Rouget, médecin major de 1re classe au 125e d'infanterie.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Se renseigner au secrétariat.

Service de santé de la marine. — Ont été nommés, par ordre de mérite, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

1. MM. Noé, Le Feunteun, Viala, Dufour, Barthe, Kérandel, Maatin, Lesson, Fichet, Marty.

11. MM. Bourges, Brengues, Lonjarret, Carrère, Marque, Bellile, Couvu, Plomb, Fermond, Petit.

21. MM. Gravot, Le Maoût, Rousseau, Clavet, Pouthiou, Ghanaud, Gallet de Santerre, Brochard, Sibiril, Marchenay.

31. MM. Piouffe, Rogé, Grossin, Erdinger, Lucas, Bernard, Augé, Ribot, Imbert, Adam.

41. MM. Lorans, Caboureau, Ledoux, Ayraud et Lenoir.

Des suicides en Europe. — En Europe, d'après M. Pawlowski, on ne compte pas moins de 25,000 cas de suicides par an.

En France, dans la seconde moitié du siècle, jusqu'à 1880, le nombre des suicides a augmenté du tiers. A partir de 1880, les chiffres deviennent encore plus élevés. L'an dernier, il y en a eu 8,226!

Mais le suicide n'est pas le seul monopole de l'homme, nous dit M. Fournès dans le *Journal d'hygiène*. Les femmes sont amplement représentées dans cette course à la mort, et les enfants ont donné, en 1894, un contingent de 80 suicides.

Le plus grand nombre de ces suicides féminins se rencontre en Angleterre, puis dans les pays scandinaves et en Hongrie. En France, sur un million d'adultes, on compte 80 suicides de jeunes filles, et 80 suicides de femmes mariées.

D'une façon générale, de 50 à 60 ans, le nombre des suicides est deux fois plus grand que de 40 à 50 ans.

C'est qu'en effet, à cet âge, où la désespérance est aiguë, la mort entr'ouvre sa porte, et la vie va fermer la sienne en une rafale de misères et de déceptions.

C'est dans le prolétariat ouvrier, et surtout dans le prolétariat intellectuel, que les suicides sont les plus fréquents. Ces désespérés se considèrent comme des vaincus de la vie. Aussi préfèrent-ils en sortir!

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LE PROBLÈME DE L'ALLAITEMENT

Lait de femme et laits d'animaux.

Le lait, au point de vue de l'hygiène alimentaire, est une solution dans l'eau, d'albumines, de sucre de lait, de différents sels, solution dans laquelle de nombreuses gouttelettes de graisse se trouvent en suspension et sont émulsionnées.

C'est le type de l'aliment complet en ce sens qu'il renferme les principes alimentaires primordiaux : albuminoïdes, hydrates de carbone, graisses ; mais ces principes s'y trouvent en rapports tels les uns avec les autres, que le lait ne convient que pour les premiers temps de la vie des mammifères. Aucun homme menant une vie active ne peut vivre exclusivement de lait, et les peuples chez lesquels il entre pour une très large part dans l'alimentation y ajoutent toujours des féculents et des produits dérivés qui, tels que le fromage, par exemple, renferment beaucoup d'albuminoïdes.

L'azote du lait, soit dit en passant, revient à très bon marché. En mettant à 1 franc le prix d'une quantité x d'azote du lait, cette même quantité, si on la prend sous forme de fromage de Brie, reviendra à 2 francs ; de chair de bœuf, à 2 fr. 70; de chair de mouton, à 2 fr. 50; de chair de porc, à 2 fr. 20; d'œufs, à 0 fr. 80; de bouillon, à 5 francs. L'azote du fromage de Gruyère et celui du fromage du Cantal reviennent seuls à meilleur marché, celui du premier ne coûtant que 0 fr. 75 et celui du second que 0 fr. 66. (Calculé par Duclaux, d'après le prix des Halles, le 1er janvier 1889, et le tableau de Payen sur la composition des aliments.)

Normalement, chaque espèce de mammifère doit nourrir son petit. Mais, malheureusement, il arrive trop souvent que, pour des raisons diverses, la femme ne peut allaiter son enfant. On a alors recours au lait d'autres espèces animales, principalement de la vache, et comme ce lait n'a pas la même composition chimique, on est conduit à modifier ce dernier par différents procédés, dont il importe d'établir rigoureusement la valeur.

I. — Caractères du lait en général.

Le lait frais se présente sous la forme d'un liquide blanc mat, quelquefois avec un reflet bleuâtre qui est toujours peu prononcé, s'il n'y a pas eu addition d'eau. La saveur est très douce. La réaction est souvent amphotère, c'est-à-dire que le papier de tournesol bleu rougit, tandis que le papier rouge blouit. Cependant, d'une manière générale, on peut dire que le lait de femme est alcalin, le lait de vache souvent acide. Au microscope, le lait se montre formé de globules à contours nets, dont le diamètre varie entre 2, 10 et 20 μ de diamètre, non mélangés de globules irréguliers. Dans le lait laissé au repos, ces globules montent à la surface et constituent la crème. Sont-ils entourés d'une membrane comme l'ont admis beaucoup d'auteurs en insistant sur la nécessité du barattage, c'est-à-dire d'une opération déchirant mécaniquement la membrane, pour faire le beurre ? Il est probable que non, et que le barattage assure simplement le contact des globules de graisse en même temps qu'il vainct la résistance des lamelles de sérum qui les séparent (Duclaux). Dans le lait coupé d'eau, les globules sont naturellement clairsemés.

Au début de la lactation, le lait, jaunâtre, a reçu le nom de colostrum. Il renferme des globules volumineux formés de plusieurs globules graisseux, de cellules épithéliales et de leurs débris.

Les matières albuminoïdes du lait sont tout d'abord la caséine, dont le caractère principal est de se coaguler par la présure dans l'estomac, d'une très petite quantité d'albumine du sang, et enfin de la lacto-protéine, qui aurait des réactions spéciales. Pour Duclaux, il n'y a dans le lait que de la caséine à divers degrés de solution : en suspension, dissoute, à l'état colloïdal.

Le sucre de lait, ou lactose, ne se trouve dans l'organisme, que dans le lait ; c'est sa transformation sous l'influence du ferment lactique qui acidifie fortement le liquide et le fait *tourner*.

Les sels du lait sont des phosphates et des chlorures de potassium, de sodium, de calcium, parmi lesquels le phosphate de calcium prédomine (Duclaux). D'après Gaube, une alimentation riche en phosphates, même continuée pendant trois semaines, n'augmente pas la quantité des phosphates du lait chez une vache saine. Cependant, Daremberg conseille de donner aux enfants tuberculeux du lait de vache phosphaté que l'on obtiendrait en administrant à l'animal, par jour, 20 grammes d'os calcinés

en poudre, mélangés à 10 grammes de chlorure de sodium et incorporés à du son, de la farine d'orge ou d'avoine, à des carottes écrasées. Cette alimentation, riche en phosphates, compenserait la phosphaturie que l'on observe si souvent au début de la phtisie.

D'autre part, Sanson dit avoir pu augmenter la proportion de phosphate contenue dans le lait, en donnant à des vaches du phosphate de soude.

Le phosphate de chaux est très important dans le lait, puisqu'il fournit aux jeunes animaux ce qui leur est nécessaire pour leurs os. Or, il n'est maintenu en dissolution que grâce à l'action de la lactose en présence des citrates alcalins. C'est là un fait chimique sur lequel ce n'est pas ici le lieu d'insister, mais ce qui est important à savoir, c'est que toutes les influences qui peuvent modifier ou détruire l'équilibre moléculaire des sels dissous dans le lait, tendent à précipiter du phosphate tricalsique avec excès de chaux à l'état de citrate.

Le lait renferme encore des gaz libres : acide carbonique, azote, oxygène. Lorsqu'il est abandonné à l'air, il y a départ d'acide carbonique et absorption d'oxygène.

II. — Lait de femme.

Les nombreuses analyses qui ont été faites du lait de femme sont loin de donner toutes les mêmes résultats, ce qui tient évidemment à des modifications dans la composition du lait, tenant à l'âge de la femme, à l'époque plus ou moins récente des couches au moment de l'analyse, etc.

Baumm et Bluer ont analysé régulièrement, du quatrième jour à la septième semaine, le lait de quatorze mères bien portantes, dont les nourrissons se développaient bien, et qui prenaient une nourriture mixte. Ils ont trouvé la composition moyenne suivante : albumine, 2,033; graisse, 0,6; sucre, 6,402; cendres, 0,227; substance sèche, 12,262. Voici, à côté des chiffres précédents, les résultats d'analyses de F. Hoffmann : albumine, 1,03; graisse, 4,07; sucre, 7,03; sels, 0,21. D'après des analyses faites par Clopott chez vingt-cinq femmes âgées de vingt et un à quarante-trois ans, la quantité de matières grasses varie de 2,89 à 4,05 %; une fois, on a trouvé 1,72 %; une fois, 4,98 %. Le poids spécifique a varié entre 1,025 et 1,027. Wartha a fait l'analyse du lait do vingt-cinq femmes de dix-huit à quarante ans; il a trouvé les chiffres suivants :

	Moyenne	Minimum	Maximum
Densité	1,03276	1,02903	2,03638
Beurre..........	33,50	10,00	48,90
Lactose	70,05	3,20	75,70
Albuminoïdes	17,96	12,60	22,30
Cendres	2,01	1,40	2,80
Eau..............	876,13	862,20	971,90

Johanessen a montré que la composition du lait de femme varie beaucoup d'une journée à l'autre, et même chez un individu donné.

En général, il y a 1 % d'albumine. Cependant, Johanessen a trouvé 2,6 à 2,08 %. Le lait d'une même femme a contenu des quantités d'albumine variant de 0,6 % à 2 %. Le lait le plus pauvre en graisse en contenait 0,63 %, le lait le plus riche, 6,66 %. Le minimum de sucre trouvé a été de 2,55, et le maximum de 9,77 %.

Les variations individuelles ont pu aller, dans un cas, de 4 % à 7,5 %.

Le lait des femmes blondes est plus riche en graisse et en sucre, plus pauvre en albumine. Plus la lactation avance, moins le lait contient d'albumine; le sucre augmente légèrement, la graisse diminue d'abord, augmente de nouveau à la fin de la première année. La richesse en graisse peut varier beaucoup d'un sein à l'autre (de 2,29 à 6,29 %).

Nous n'avons donné que les analyses les plus récentes et il nous serait facile de les multiplier inutilement. Nous préférons indiquer, d'après Hirt et d'après Gautrelet, la composition moyenne du lait de femme :

Hirt :

Eau	Caséine	Albumine	Graisse	Sucre	Sels
87,09	2,13	0,35	0,93	0,64	0,49
	2.48				

Gautrelet :

Densité à + 15	Caséine ‰	Lactose	Beurre	Sels	Gaz dissous
1033	22,60	62,30	39,40	4,50	215cc

Le dosage des matières grasses a beaucoup d'importance, comme nous le verrons plus loin, et doit pouvoir être pratiqué facilement. Clopott a modifié dans ce but le lactobutyromètre de Marchand, de façon à pouvoir s'en servir pour le lait de femme.

P. Hélot (de Rouen) a préconisé l'usage du compte-gouttes pour se rendre compte rapidement de la valeur du lait, et a cru voir dans le nombre des gouttes données par différents laits, suivant leur densité, des indications suffisantes pour en reconnaître la qualité. En réalité, ce procédé est entaché de nombreuses causes d'erreurs.

Hénocque a proposé d'employer son hématoscope à l'examen rapide du lait. L'opacité de ce liquide dépend surtout des globules graisseux, accessoirement de la caséine, et lorsqu'on introduit du lait entre les deux lames de l'instrument en en mettant quelques gouttes sur la tranche inférieure, on le voit pénétrer par capillarité et s'étendre en une couche d'épaisseur graduellement croissante qui, transparente à 0, devient de plus en plus opaque à mesure que l'on se rapproche de 60. Le lactoscope chargé est appliqué sur la plaque d'émail de l'hématoscope,

et on note le nombre de millim. visibles. Un lait de nourrice doit marquer 47 en moyenne au lactoscope, c'est-à-dire être opaque sous une épaisseur de 235 mm.; un lait de vache pur, 40. N. Gerson, qui a étudié en détail le maniement du lactoscope, le préfère de beaucoup au lactoscope de Donné, basé sur le même principe, mais dans lequel on regarde une flamme successivement à travers des couches de lait d'épaisseur croissante ou décroissante.

Pour lui, toutes les fois que l'opacité d'un lait ne sera pas comprise entre les divisions 42 et 53, l'examen complet de la nourrice devra être fait minutieusement.

Nous ne pouvons exposer ici les différentes méthodes employées pour l'analyse du lait et applicables surtout, du reste, au lait de vache. Celles qui sont les plus exactes ont, comme défaut commun, de ne pouvoir être utilisées que par des chimistes de profession; quant aux méthodes dites rapides, elles sont toutes sujettes à caution.

Le plus généralement on se contente, quand on choisit une nourrice, de recueillir un peu de lait dans une cuiller d'argent ou sur une glace. Naturellement, plus le liquide apparaîtra blanc opaque, meilleur il sera; malheureusement il peut prendre cette apparence, après une tétée, même chez une nourrice très ordinaire, et il se présente aussi sous cet aspect si la femme n'a pas été tétée depuis longtemps. C'est l'enfant qui est le véritable réactif de la nourrice; mais on sait toutes les fraudes qui se pratiquent dans les bureaux de placement, et l'enfant que présente une femme n'est souvent ni le sien ni nourri par elle.

Un excès de matières grasses dans le lait entraîne des dyspepsies chez l'enfant. C'est là un fait trop souvent oublié.

Nous avons vu plus haut qu'il y avait réellement quelques différences entre le lait des blondes et celui des brunes, mais c'est là un point fort secondaire. L'âge de la nourrice doit être compris entre 20 et 35 ans. Chez les femmes plus âgées, il y a plus d'eau; chez les plus jeunes, au contraire, plus de principes solides. D'après le travail de Johanessen que nous avons déjà cité, c'est le lait des femmes de 20 à 25 ans qui est le plus riche en graisse, celui de 25 à 30 contiendrait le maximum en albumine, enfin c'est au-dessus de 30 ans qu'il y aurait le plus de sucre.

Contrairement à Johanessen, Langlois signale la richesse plus grande en sucre et en beurre des multipares coïncidant avec une plus grande abondance de lait.

D'après Baum et Illner, une nourriture abondante et riche en azote augmente la teneur en graisse du lait; les mets épicés, la quantité de boisson n'auraient pas d'influence. En cas de nourriture insuffisante, la quantité de lait diminue. Pour Johanessen, un régime pauvre où les amylacés dominent, diminue l'albumine et le sucre en augmentant la graisse. Cependant Uffelmann n'a trouvé que 2,3 °/₀ de graisse dans le lait d'une jeune femme arrivant de la campagne, où elle se nourrissait de café, de pain et de pommes de terre; au bout de huit jours de bonne nourriture le lait renfermait 3,5 de graisse. Les lentilles (Désormeaux, Rouvier), les pommes de terre et les divers féculents (S. Labbé) augmenteraient la quantité de lait. L'alcoolisme de la nourrice entraînerait rapidement des convulsions, des troubles nerveux chez les nourrissons. Les expériences faites sur les herbivores n'ont cependant pas permis de retrouver l'alcool dans le lait. Klingmann n'a pu trouver d'alcool dans le lait de nourrices auxquelles il en donnait de 45 à 58 c. q. (vin mousseux ou vin de Porto). Aux doses de 10 à 200 c. q., il passerait dans le lait de 0,2 à 0,3 °/° de la quantité ingérée. L'essence d'anis, convulsivante, contenue dans l'absinthe, passe dans le lait.

Les variations, tenant à l'âge du lait, n'ont de réelle importance que pendant les quinze premiers jours. Bien que le lait ait repris son aspect normal dès le deuxième jour, la période colostrale (Langlois) dure deux à trois semaines, car pendant tout ce temps on trouve des corpuscules granuleux. Le sucre, qui peut manquer pendant les premiers jours, apparaît alors en augmentant rapidement. La caséine diminue jusqu'au quatrième mois (Pfeiffer), puis la composition du lait reste sensiblement la même pendant un an à peu près.

Le résumé des diverses observations donne les résultats suivants (Langlois) :

La proportion maxima d'eau est vers le quatrième mois.
— minima — les quinze premiers jours.
— maxima de sucre — le dixième mois.
— minima — les premiers jours.

Les règles peuvent revenir pendant l'allaitement. D'après les chiffres recueillis par Dluski, 59 °/₀ des femmes auraient leurs règles avant le sevrage, pendant le premier allaitement; 41 °/₀ les auraient encore pendant le deuxième; 35 °/₀ pendant le troisième. La fréquence du retour des règles diminue donc avec les allaitements successifs. En résumé, les 3/5 des femmes verront leurs règles revenir pendant leur premier allaitement et, dans plus de la moitié des cas, cela se produira avant six mois. D'excellentes nourrices peuvent être toujours réglées. Remfry, sur 502 femmes, n'en a trouvé que 388 chez lesquelles les règles persistaient à un degré plus ou moins marqué pendant l'allaitement. Du reste, les chiffres donnés par ceux qui se sont occupés de la question sont très différents, ce qui tient probablement (Depaul et

Guéniot) à ce que les uns tiennent compte du moindre écoulement sanguin, tandis que les autres ne relèvent que les cas où cet écoulement est répété et assez abondant. Rouvier admet le chiffre moyen de 45 %.

Le lait diminue de quantité pendant les règles; d'après les diverses analyses, il semble contenir moins de graisse et de sucre, plus de caséine. Cependant le nourrisson peut présenter des troubles notables, de la diarrhée, de l'agitation, parfois des convulsions. Dans la grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire d'interrompre l'allaitement. On ne s'y résoudra que si l'enfant continue à diminuer de poids après la période des règles.

Le retour des règles est favorisé par la reprise des rapports sexuels, et, plus une femme est bien réglée pendant la lactation, plus y a de chances qu'elle devienne enceinte. Remfry a vu, dans 502 cas avec aménorrhée absolue, survenir 26 fécondations. Quel est l'effet de la gestation sur le lait? La quantité de ce liquide peut rester la même; plus souvent elle diminue d'abord lentement dans les premiers mois, puis ensuite rapidement; enfin, parfois le lait se tarit très brusquement. Au point de vue chimique, il y aurait une notable augmentation du beurre, une petite augmentation du sucre, une légère diminution de la caséine. Le plus généralement, l'enfant ne souffre pas; sur 52 observations réunies par Poirier, 37 fois l'allaitement, continué jusqu'au quatrième, cinquième et même sixième mois de la gestation, n'a pas troublé la santé du bébé. Cependant, le plus souvent, la grossesse devra faire interrompre l'allaitement, dans l'intérêt de la mère, bien qu'on ait publié des observations de femmes enceintes ayant continué à nourir leurs enfants jusqu'au terme de la nouvelle grossesse, sans le moindre inconvénient. Uffellmann regarde la cessation de l'allaitement comme indispensable.

Jusqu'à la fin du premier mois, une nourrice donne à peu près 600 grammes de lait par jour; 7 à 800 dans le quatrième et cinquième; 800 dans le sixième; 900 dans le septième. Certaines femmes, donnant le sein à plusieurs enfants, ont pu fournir 1,500 grammes en vingt-quatre heures.

Un certain nombre de médicaments sont réputés galactagogues. D'après les recherches récentes de Mlle A. Griniewitch, le *galega*, recommandé par Gillet-Damitte, est des plus actif, aussi bien chez la femme que chez la vache. Les résultats sont encore très bons avec l'ortie brûlante, le cumin; une fois, l'anis a produit des effets remarquables. Le galega se prescrira sous forme de teinture :

Extrait de galega................	65 grammes.
Alcool à 60°..........................	1000 —

250 à 500 gouttes par jour. Doses : 50 à 100 gouttes.

De même l'ortie :

Extrait d'éther..............	200 grammes.
Alcool à 60°.....................	1000 —

Mêmes doses que le galega.

Le cumin, l'anis, le fenouil seront donnés en poudre :

10 à 15 grammes par jour par doses de 1 gramme.

L'électrisation de la glande mammaire a été vantée par beaucoup d'auteurs (Aubat, Becquerel, Lardent, etc.). On emploiera des courants induits de faible intensité, deux séances de dix minutes par jour.

(*A suivre.*)

LES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(*Deuxième session*)

TENU A GENÈVE LE 1er SEPTEMBRE 1896.

SUITE ET FIN (1).

CINQUIÈME QUESTION

Traitement de l'éclampsie.

Voici les conclusions du rapport de M. le Dr CHARPENTIER, de Paris :

1° Toute femme enceinte albuminurique étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie et l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie.

Dans les cas où les femmes présenteront de l'œdème sans albuminurie, il y a avantage, sinon nécessité absolue, à prescrire le régime lacté.

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer la médication chloralique et faire prendre du lait par la voie stomacale, au besoin à l'aide de la sonde œsophagienne.

3° Combattre les accès eux-mêmes par des inhalations de chloroforme, et favoriser la diurèse par des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

4° Si la femme est plus délicate, les phénomènes

(1) Voir les nos 36 à 40 de l'*Union médicale*.

de cyanose peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique.

5° Attendre que le travail se déclare spontanément et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible.

6° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles ou trop lentes, terminer l'accouchement par une application de forceps, ou une version suivie de l'extraction si l'enfant est vivant: par uno céphalotomie, une basiotripsie, une cranioclasie si l'enfant est mort.

7° Attendre pour intervenir ainsi que l'état des parties maternelles soit tel (dilatation complète ou tout au moins dilatabilité du col) que cette intervention puisse se faire impunément, c'est-à-dire sans violence et par suite sans danger pour la mère.

8° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels.

9° Rejeter absolument l'opération césarienne, l'accouchement forcé, comme méthodes courantes du traitement de l'éclampsie.

N'avoir recours à ce dernier mode de traitement qu'en cas d'insuccès de toute espèce de traitement médical, et lorsque la mère semble vouée à une mort certaine, en un mot, comme une ressource ultime en un cas désespéré.

M. F. Halbertsma (Utrecht), corapporteur.

Dans la thérapie de l'éclampsie, la question la plus importante me semble toujours celle-ci : à la fin de la grossesse ou au commencement du travail faut-il attendre ou provoquer l'accouchement. Nous nous occuperons uniquement de cette question.

Pour les cas mentionnés plus haut, il sera d'ordinaire indiqué que l'accoucheur intervienne activement :

1° Lorsque le pronostic paraît extrêmement grave à cause d'une anurie complète, de la fréquence et de l'intensité des accès convulsifs.

2° Lorsque rien ne fait prévoir que le travail va commencer.

3° Lorsqu'il y a lieu de croire que le travail commencé sera long et difficile, comme par exemple lorsqu'il s'agit de primipares : soit qu'on ait affaire chez une personne âgée, à une grossesse multiple, à un rétrécissement du bassin.

Il faut déconseiller de différer l'intervention active, jusqu'à ce quo le pouls soit devenu fréquent et faible; mais il est à remarquer que, même dans ces conditions, on peut obtenir un résultat favorable.

A la fin de la grossesse, l'accoucheur aura de préférence recours à l'opération césarienne. Au commencement du travail, il débridera profondément le col et appliquera la méthode de Dührssen.

M. L. Mangiagalli, corapporteur.

1° Le traitement préventif est à recommander, en ce qu'il combat ces conditions qui sont l'expression de l'auto-intoxication gravidique. Il l'est d'autant plus que l'intensité de ces conditions augmente. Il s'adresse avant tout à l'albuminurie, particulièrement chez les primipares, mais, outre cela, à beaucoup de dérangements gastriques, à des troubles nerveux. Le lait, associé aux désinfectants du contenu intestinal, augmente la diurèse, améliore les fonctions de la peau, stimule l'action du cœur et constitue le remède prophylactique souverain de l'éclampsie.

2° Le traitement médical, qu'il soit représenté par la saignée, par les drastiques, par la morphine, par le chloral, par le chloroforme, par le *veratrum viride*, par les diaphorétiques, est un traitement essentiellement symptomatique plutôt qu'il ne s'attaque réellement à la maladie. Il constitue, en tout cas, l'unique traitement possible dans l'éclampsie *post-partum*, et il est un moyen précieux dans l'attente des conditions permettant l'intervention obstétricale.

La saignée, suivie d'injections sous-cutanées ou endo-veineuses de solution physiologique du chlorure de sodium, est une méthodo thérapeutique qui s'appuie sur des considérations rationnelles et qui possède des faits cliniques en sa faveur, mais ceux-ci sont trop peu nombreux et n'en permettent pas jusqu'à présent une appréciation exacte.

3° L'évacuation rapide de l'utérus constitue le point le plus important du traitement de l'éclampsie, mais il faut tenir compte, d'un côté, de la gravité du cas, de l'autre, des dangers de l'intervention.

4° Dans l'éclampsie *intra partum*, c'est une bonne règle terminer l'accouchement quand les conditions le permettent et de préparer les voies au moyen d'incisions multiples du col de l'uterus quand celui-ci est effacé et quand la dilatation n'est pas suffisante.

5° Les moyens suivants sont indiqués dans l'éclampsie de la grossesse : provocation de l'accouchement moyennant la rupture des membranes, usage de la morphine. du chloral ou du *veratrum viride* à fortes doses, qui seront d'autant plus efficacos qu'ils seront administrés plus près du début de l'éclampsie, jusqu'à ce qu'il y ait les conditions indiquées au n° 4. Si le cas est grave, le danger menaçant et que, malgré la rupture des membranes, associée aux moyens indiqués, on ne peut espérer pouvoir temporiser jusqu'à l'effacement du col, la dilatation de quelques centimètres, si le col est raccourci et ramolli, la dilatation forcée peut, à mon avis, trouver une application plus étendue et plus facile que les incisions profondes selon

Dührssen. Dans les cas de la même catégorie, mais dans lesquels le col n'est pas ramolli, ou s'il existe des conditions qui rendent particulièrement difficile ou contre-indiquée l'intervention mentionnée, l'opération césarienne peut avoir sa justification, tout spécialement quand le fœtus est à terme et vivant.

6° Toute intervention doit être faite dans la narcose chloroformique profonde.

M. de Veit (de Leyden), corapporteur.

1° Il est impossible d'établir sur les données actuelles un traitement unique de l'éclampsie.

2° Il y a un grand nombre de cas d'éclampsie qui guérissent par un traitement quelconque.

3° Il n'est pas encore prouvé que l'accouchement forcé provoqué pendant l'anesthésie complète (dilatation du canal parturient au moyen des sacs de caoutchouc, incisions, opération césarienne) puisse améliorer le pronostic.

4° Nous ne possédons pas assez de cas traités par la saignée pour formuler des conclusions.

5° Le traitement systématique par des doses élevées de morphine semble être celui qui donne les meilleurs résultats.

6° Tant que la pathologie de l'éclampsie ne sera pas mieux connue, il n'y aura pas, croyons-nous, de traitement rationnel; il est plus que probable que la maladie reconnaît différentes causes.

7° Ce qui nous paraît donner les meilleurs résultats, c'est le traitement mixte : accélérer prudemment le travail, rompre les membranes, accoucher la malade après dilatation complète des parties molles, administrer de fortes doses de morphine qui diminuent le nombre des accès, éviter l'administration par la bouche des remèdes aux malades inconscientes, produire la diaphorèse par des moyens extérieurs.

8° Il n'y a pas de raison pour considérer l'éclampsie comme tellement dangereuse pour elle-même, qu'il faille recommander d'une manière absolue des opérations exigeant une main exceptionnellement habile.

9° Dans des cas exceptionnels seulement, il faut avoir recours à une opération de grande chirurgie.

M. Charles (de Liège), corapporteur.

1° L'éclampsie puerpérale n'est pas une entité morbide, pas plus que l'éclampsie des enfants; comme celle-ci, elle a diverses causes et elle est plus ou moins grave selon son origine.

2° Ce syndrome peut être simplement de nature réflexe; il peut être aussi le résultat d'un trouble circulatoire, selon la théorie de Traube-Rosenstein; mais il est le plus souvent amené par une intoxication du sang et des tissus (toxémie), résultant d'habitude de l'accumulation dans l'organisme de plusieurs produits de désassimilation (toxines), normalement évacués par les principaux émonctoires (reins, foie), dont les fonctions sont entravées ou perverties par suite de lésions diverses.

3° Chez la plupart des femmes enceintes, à l'état normal, il y a un certain degré d'auto-intoxication semblable puisque, malgré l'assimilation plus active, les urines renferment moins d'urée, etc., qu'à l'état de vacuité : c'est l'auto-intoxication gravidique ordinaire.

4° Si les reins, le foie, etc., sont lésés, fonctionnent irrégulièrement, la surcharge toxique est d'autant plus accentuée et peut arriver au point de produire des accidents graves, dont l'éclampsie est un des principaux.

5° D'autres accidents graves (dyspnée, coma, paralysie, etc.) peuvent se présenter sans convulsions et amener la mort : je désigne ces cas sous le nom d'éclampsie fruste.

6° La toxémie d'origine rénale est la plus commune et coïncide le plus souvent avec l'albuminurie et divers œdèmes.

L'albuminurie ne peut pas être considérée comme la cause de l'éclampsie puerpérale, mais simplement comme un symptôme morbide ayant la même origine.

7° L'expérience démontre que, dans la plupart des cas, l'éclampsie toxique éclate chez des femmes plus ou moins albuminuriques et souvent très albuminuriques et infiltrées.

Par conséquent, c'est un signe précurseur assez important pour ne pas être négligé. Il doit même, à mon avis, attirer l'attention du praticien au premier chef, et plus encore, s'il y a œdème des membres inférieurs, des cuisses, des mains, de la figure.

8° Mes statistiques démontrent que :

a) Il y a 1 éclamptique sur 151 accouchements, et l'éclampsie donne une mortalité maternelle de 24,42 %, et infantile de 41,83 %.

b) Il y a 1 éclamptique sur 92 primipares, et seulement 1 sur 373 multipares; mais la gravité est encore plus grande chez les deuxièmes que chez les premières (27,65 % et 23,37 %).

c) L'éclampsie est beaucoup plus grave pendant la grossesse et le travail qu'après l'accouchement (27,73 % et 3 %).

d) Il y a près de 1 albuminurique sur 40 femmes (1 sur 25 primipares et 1 sur 75 multipares), et sur 4 albuminuriques, 1 est atteinte d'éclampsie (1 sur 3 1/2 primipares et 1 sur 7 multipares).

e) L'éclampsie sans albuminurie est rare (une fois sur neuf); dans mes observations elle a éclaté alors après l'accouchement, et toutes les femmes ont guéri.

f) L'albuminurie seule (sans éclampsie) est accompagnée, très souvent, de divers accidents plus ou moins graves et mortels (sur 110 cas, il y a eu 8 femmes mortes, 20 enfants morts, 61 accouchements avant terme, 8 hémorragies *post-partum*, trois fois menaces de convulsions).

9° Le traitement médical n'a qu'une importance secondaire dans l'éclampsie grave, toxémique, pendant la grossesse et l'accouchement. La soustraction des liquides plus ou moins toxiques, à l'aide de purgatifs, de la diaphorèse, de la saignée, suivie ou accompagnée de leur remplacement par diverses voies (stomacale, rectale, sous-cutanée, intra-veineuse), dans le but d'opérer un lavago ou une désintoxication du sang et des tissus, n'a qu'une action douteuse.

10° Les calmants du système nerveux les plus employés (chloroforme, morphine, chloral), ont une action réelle, mais pas essentiellement curative.

11° La terminaison de l'accouchement est désirable dans tous les cas et s'impose à bref délai dans les cas graves. Il faut donc, dès le début des accès, agir en conséquence pour stimuler au besoin et accélérer toujours le travail. Dans des conditions spécialement urgentes, on ne doit pas hésiter à pratiquer la dilatation artificielle du col (à l'aide des doigts, des incisions, des dilatateurs hydrostatiques ou métalliques) pour extraire l'enfant sans retard; si ces manœuvres d'accouchement forcé paraissent difficiles, trop lentes ou impossibles sans d'énormes délabrements, on se résoudra à l'opération césarienne.

12° L'éclampsie *post-partum* est légère dans la grande majorité des cas, et ne réclame que des calmants à doses modérées.

13° La prophylaxie doit primer toute la question des convulsions puerpérales : elle comprend d'abord l'hygiène habituelle de la grossesse, spécialement le bon fonctionnement des émonctoires (intestins, peau, reins); ensuite, et surtout l'examen des urines, au point de vue de l'albuminurie.

14° Toute femme enceinte albuminurique doit suivre un traitement régulier et plus ou moins actif, dont le régime lacté est la base.

15° En cas d'insuccès ou de danger pressant, l'accouchement prématuré artificiel est indiqué, et donne d'excellents résultats (toutes les mères guéries et 75 °/₀ des enfants sauvés dans ma statistique).

M. Byers (de Belfast), corapporteur.

L'éclampsie est caractérisée par des convulsions qui surviennent soudainement pendant la grossesse, le travail ou après l'accouchement. J'exclus les cas d'épilepsie gravidique et les convulsions d'origine cérébrale. L'étiologie et la pathologie de l'eclampsie sont encore obscures, mais j'attirerai votre attention sur un changement d'opinion chez les médecins anglais, sur deux points :

1° Ils ne croient plus maintenant que les convulsions soient toujours dues à une maladie des reins.

2° Ils attachent actuellement beaucoup plus d'importance à l'influence du fœtus comme cause de convulsions.

L'hypothèse la plus probable est que les convulsions sont causées par un poison élaboré par l'organisme de la mère et par celui du fœtus, et qui, dans l'état normal des organes excréteurs, est, s'il n'est pas trop abondant, éliminé sans produire d'accidents. Lorsque ces organes sont surchargés, et que, par suite des efforts du travail, le rein est surtaxé, le poison n'est pas éliminé et son accumulation agit sur les centres nerveux; le même accident peut se produire si les fonctions des organes éliminateurs sont gênées, comme dans la constipation ou lorsque le rein est se trouve dans l'état que Leyden a décrit comme étant spécial à la grossesse, ou encore lorsque le rein et le foie présentent une dégénérescence parenchymateuse causée peut-être par la circulation du poison dans leurs tissus. Partant de cette hypothèse, je divise le traitement de l'éclampsie comme suit :

1° Traitement de l'accès?

Morphine en injections hypodermiques. Il faut faire coucher la malade sur le côté, pour empêcher l'introduction des liquides dans le larynx et dans les poumons (l'œdème pulmonaire est une cause fréquente de mort dans l'éclampsie). Il faut prendre garde que la malade ne se blesse, qu'elle soit tenue chaudement, purgée abondamment, qu'elle ne prenne aucun liquide, et, suivant qu'elle a sa connaissance ou non entre les accès, lui faire prendre un bain chaud ou de vapeur.

2° Se débarrasser du poison qui cause les convulsions?

Même traitement : purgations, bains chauds, chaleur autour de la malade et abstinence de liquide.

3° Traitement obstétrical?

Si le travail n'a pas commencé, il faut traiter les convulsions tout en ayant soin de ne pas exciter l'utérus. Lorsque le travail a commencé, et que la malade en est à la période d'expulsion, il faut lui administrer du chloroforme et terminer rapidement l'accouchement. Dans la période de dilatation, si le col est dilatable, on peut accélérer l'accouchement au moyen de douches chaudes et de l'application des dilatateurs de Barnes ou de Champetier de Ribes; au cas où le col serait rigide, il faudrait s'abstenir.

4° Traitement prophylactique?

Le repos, la diète lactée, les purgations et les bains chauds donnent les meilleurs résultats.

M. Parvin (de Philadelphie), corapporteur.

Dans le traitement de l'éclampsie, j'ai obtenu du *veratrum viride* des résultats supérieurs à ceux que me donnaient tous les autres médicaments. Le *veratrum viride* s'attaque à la cause de l'éclampsie qui est une toxémie et remplit les indications symptomatiques. Il réduit la fréquence du pouls, augmente l'activité de la sécrétion des téguments, il abaisse la température et se trouve en même temps un excellent diurétique. Il m'a donné, chez les parturientes, d'excellents résultats dans la proportion de 92 %.

DISCUSSION

M. TARNIER (de Paris). — Dans le traitement de l'éclampsie, il y a deux points à considérer : l'éclampsie avant l'attaque, l'éclampsie pendant l'attaque.

Comme traitement préventif, j'administre le régime lacté non seulement à toute femme albuminurique, mais à toute femme enceinte présentant des accidents nerveux quelconques, que l'on peut rattacher cliniquement à la toxicité du sang ; car la toxicité du sérum sanguin est la cause de l'éclampsie, que les urines contiennent ou non de l'albumine. J'ai voulu essayer le régime lacté mixte, mais je n'en ai pas eu de très bons résultats. De ma pratique personnelle, je crois pouvoir affirmer que le régime lacté absolu est indispensable. Il faut y ajouter l'administration du chloral à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Dans le traitement curatif, je base mon traitement sur cette idée directrice que l'éclampsie est le résultat de la toxicité du sérum sanguin. Pour atténuer cette toxicité, je combine à l'alimentation lactée, la saignée générale, l'emploi des purgatifs drastiques.

Si les malades ne peuvent avaler le lait, je me sers de la sonde œsophagienne. Comme purgatif drastique, je donne une goutte d'huile de croton dans une cuillerée à bouche d'huile de ricin ; j'attache une grande importance à cette saignée séreuse. Depuis quelque temps, j'essaie les injections sous-cutanées de sérum artificiel ; je n'ai pas employé les injections intra-veineuses.

La marche du traitement de l'attaque d'éclampsie est pour moi la suivante :

1° Large saignée du bras ; 2° purgatifs drastiques ; 3° chloroforme, chloral ; 4° régime lacté.

Cette méthode est celle que j'emploie depuis le commencement de l'année 1892. Mes résultats sont bien meilleurs qu'avant et je ne puis voir là qu'une simple coïncidence.

A la clinique d'accouchements, depuis 1834 à janvier 1896, on a observé 312 cas d'éclampsie : 116 femmes succombèrent, soit une mortalité de 37 %.

Sur 304 enfants, 183 moururent, soit une mortalité de 63 %. En décomposant cette statistique en périodes secondaires, j'observe que, de janvier 1889 à janvier 1896, il y a 40 cas d'éclampsie, 9 morts, soit 22,6 % de mortalité.

La mortalité des enfants fut 67 %.

En 1889, 1890, 1891, on constate 18 éclamptiques, 7 morts, soit 38 % ; mortalité infantile, 66 %.

Dans cette période, on a employé comme traitement le chloroforme et le chloral, en y joignant parfois la saignée ou les sangsues aux apophyses mastoïdes. A partir de 1892, j'emploie le traitement formulé plus haut.

En 1892, 1893, 1894, 1895, 22 éclamptiques : 2 morts, soit 9 % ; mortalité infantile, 77 %. La mortalité est donc infiniment moindre.

M. PAMARD (d'Avignon). — Ma pratique est la suivante : Comme moyen curatif, je commence toujours par une saignée copieuse de 800, 900, 1,000 grammes, puis j'ai recours au chloroforme. J'ai tenu des malades jusqu'à quarante heures sous le chloroforme sans avoir d'accidents. Au point de vue obstétrical, je suis d'avis de débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient : si le travail n'est pas commencé, je provoque le travail ; si le travail est commencé, je dilate le col et extrais le fœtus dès que je puis passer. Dans les cas d'éclampsie *post-partum*, j'aurais volontiers recours au curettage pour débarrasser la cavité utérine des débris placentaires qu'il pourrait contenir.

M. LINDFORS (d'Upsala) présente au Congrès une préparation microscopique de cellules hépatiques trouvées dans le sang du cœur d'une femme morte d'éclampsie. Il a observé deux cas de ces embolies par cellules du foie.

Il emploie comme tout le monde le traitement par le régime lacté et le chloral, mais il croit qu'on n'aura de traitement spécifique de l'éclampsie que lorsqu'on sera fixé sur la véritable étiologie de cette affection.

M. AUDEBERT (de Bordeaux) insiste sur l'utilité de combiner, dans le traitement de l'éclampsie, la saignée avec les copieuses injections de sérum stérilisé, ou plutôt avec un véritable *lavage du sang*, méthode qui, entre autres avantages, à celui de substituer à une certaine quantité de sang toxique une masse plus considérable de liquide non toxique.

Quant au pronostic, un fait est aujourd'hui acquis, c'est que l'on rencontre souvent, à l'autopsie des éclamptiques, des hémorragies limitées ou diffuses dans le foie (Bouffe de Saint-Blaise, Chambrelent). Le caractère extérieur de ces complications hépatiques est l'ictère ; or, ayant observé une trentaine de cas d'éclampsie, il a noté quatre fois de

l'ictère, et sur ces quatre femmes ictériques, trois sont mortes; la nécropsie a révélé de grosses lésions hépatiques. C'est en s'appuyant sur ces observations qu'il considère l'apparition de l'ictère chez les éclamptiques comme un symptôme très grave.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux). — Se plaçant au point de vue de la pratique courante, croit qu'on peut limiter la thérapeutique active de la période d'accès d'éclampsie aux agents suivants : le *chloroforme*, qui fait la base du traitement; le *chloral* qui, associé ou non au bromure de sodium, doit être donné à doses abondantes et répétées, par les voies stomacale et rectale; la *saignée*, moyen précieux, trop souvent négligé et discuté. On aurait tort de limiter son indication aux femmes vigoureuses et pléthoriques. Il en a retiré de sérieux avantages chez des femmes chétives et débiles. Les abondantes *injections souscutanées d'eau salée* stérilisée sont un très utile adjuvant de la saignée. Elles atténuent les effets de la spoliation sanguine, et, par la diurèse, lavent l'organisme.

M. Bossi (de Gênes). — Je crois que s'il y a indication de vider la matrice; il faut préférer la dilatation forcée aux incisions du col et à l'opération césarienne.

M. Pasquali (de Rome). — Pendant que j'étais chargé de la clinique obstétricale de Rome, j'ai observé 25 cas d'éclampsie sur lesquels il y a eu 5 cas de mort. Ma pratique est à peu près la même que celle qui est indiquée dans les rapports. Pour maîtriser l'attaque, j'ai recours aux injections de chlorhydrate de morphine et, dans les cas où je crains la congestion pulmonaire, j'emploie l'extrait fluide de *veratrum viride*.

M. de Cortejaneras (de Madrid). — J'emploie le traitement classique : régime lacté, petites saignées que l'on répète s'il y a lieu, chloral. Dans ma pratique personnelle, je rejette toute intervention active avant le début de l'attaque d'éclampsie, car les manipulations sur le col peuvent déterminer les attaques chez les femmes albuminuriques.

M. Morisani (de Naples). — Je ne suis pas partisan de l'avortement quand l'éclampsie se déclare aux premiers temps de la grossesse. Dans les derniers mois de la grossesse, quand l'éclampsie se déclare, s'il y a un début de travail, il faut terminer l'accouchement; s'il n'y a pas de commencement de travail, il faut avoir recours à l'accouchement forcé. Le meilleur instrument pour faire la dilatation du col c'est la main; au besoin, j'emploierai de petites incisions multiples du col, mais je proscris absolument les longues incisions qui peuvent déterminer la rupture de l'utérus. Je préférerai au besoin l'opération césarienne aux longues incisions.

M. Queirel (de Marseille). — J'ai observé 29 cas d'éclampsie. 18 fois il s'agissait de primipares, 11 fois de multipares.

6 femmes succombèrent, 23 guérirent.

Sur 29 enfants, 17 moururent après l'accouchement. 2 ne furent pas expulsés. 10 survirent.

Toutes mes malades avaient été traitées par le chloroforme, le chloral, le régime lacté, puis avaient été saignées. 6 guérirent, 2 succombèrent.

Sur 4 cas d'injection de sérum artificiel, 2 cas de guérison, 2 cas de mort.

L'accouchement se termina 15 fois spontanément, 8 fois par une application de forceps, 1 fois par l'emploi du ballon de Champetier; 3 femmes succombèrent sans que le travail se fût déclaré. Le moment d'apparition des accès a été très variable. 3 fois les accès survinrent au quatrième, septième et septième mois et demi, et déterminèrent la mort de la femme avant toute intervention (femmes apportées *in extremis*).

2 fois les accès ont apparu seulement au moment du travail.

4 fois l'éclampsie n'est apparue qu'après le travail.

M. Bossi (de Gênes). — Il y a indication, en cas d'éclampsie, de vider la matrice, et, pour ce faire, il faut préférer la dilatation forcée aux incisions du col et à l'opération césarienne. Pour pratiquer la dilatation forcée, après de nombreuses recherches, j'ai fait construire le dilatateur que je présente et qui offre comme avantages : 1° de pouvoir être appliqué avec un succès certain, même dans un col non raccourci et fermé, comme cela peut se rencontrer chez une primipare; 2° de donner à l'accoucheur l'assurance de pouvoir toujours obtenir une dilatation suffisante pour l'extraction du fœtus, en un laps de temps plus ou moins court, selon les indications. Dans les cas très graves, la dilation complète peut être obtenue en l'espace de quinze à vingt minutes; 3° enfin de provoquer des contractions même dans un utérus tout à fait inerte.

Sur 38 cas d'éclampsie traités par ma méthode, je n'ai eu que 2 décès et je n'ai jamais observé de déchirures du col avec l'emploi de mon dilatateur.

CONGRÈS DIVERS

SUITE (1).

Pour M. Bernheim, l'*évolution thermique générale* de la fièvre typhoïde est loin de se faire toujours comme l'a decrit Wunderlich. Le type de cet auteur est surtout schématique, et il faut mentionner à côté de lui : la fièvre typhoïde abortive avec

(1) Voir les nos 37 à 40 de l'*Union médicale*.

raccourcissement de la période d'état ; la fièvre typhoïde prolongée avec prolongation de cette même période. Tandis que, dans le premier cas, les plaques de Payer se résolvent sans s'ulcérer, dans le second cas, il y a des poussées successives, de telle sorte que l'on trouve des lésions de différents âges. La recrudescence, la rechute sont des phénomènes de même ordre que la prolongation de la période d'état; il s'agit toujours de nouvelles évolutions microbiennes. Les rechutes sont très fréquentes. tantôt abortives, tantôt longues et graves; elles peuvent être purement thermiques. Parfois, après l'évolution de la fièvre spécifique, le malade présente une fièvre irrégulière qui peut ne se montrer que le soir; souvent, il s'agit alors d'une infection secondaire par les staphylocoques ou les streptocoques.

— MM. Auché et Carrière (de Bordeaux) ont constaté, fait fort intéressant, que la *lèpre* pouvait se transmettre par la vaccine. Ils ont vacciné un lépreux et ont trouvé, dans la vésicule développée, en une région malade, des quantités de bacilles de Hansen. On trouve aussi ces derniers quand le virus s'est produit dans une région saine en apparence. Il est donc évident que l'on ne doit pas recueillir de virus vaccinal chez un lépreux.

— M. Charrin s'est occupé de la *pathogénie des lésions bilatérales*. On a remarqué depuis longtemps que les lésions infectieuses se distribuaient d'une façon symétrique. Il lui a paru intéressant de chercher à élucider le mécanisme de ces localisations bilatérales.

Ce mécanisme est multiple suivant les cas. Les néphrites infectieuses sont symétriques, parce que la fonction d'élimination appelle dans le rein les microbes et surtout les toxines, éléments générateurs de ces néphrites. Or, cette fonction existe aussi bien à droite qu'à gauche. C'est la symétrie de la fonction qui fait la symétrie de la lésion; il en est de même pour les capsules surrénales. Le mécanisme est parfois plus complexe, mais banal. Certains virus ne produisent pas d'infarctus microbien à droite, dans un rein, sans en produire à gauche, dans l'autre rein. Cela tient à ce que, pour oblitérer les capillaires, le microbe, l'agent obstructeur, variant peu de volume, il faut que la lumière à oblitérer se rétrécisse.

C'est précisément là ce que font certaines toxines, d'après M. Bouchard; or, elles agissent en impressionnant les centres; elles paralysent ces centres dilatateurs; pourtant, cette influence se produit forcément des deux côtés.

Cette action sur les centres, vaso-constrictive pour le microbe du pus bleu, vaso-dilatatrice pour d'autres micro-organismes, est capable de modifier le terrain dans deux régions homologues, dans les membres, par exemple; à cette modification homologue pourra faire suite une infection symétrique occasionnée par le développement d'un germe de la peau ou d'un parasite apporté par la circulation.

C'est encore par cette action centrale qu'il est possible d'expliquer l'apparition de la bilatéralité d'une des lésions qui n'étaient pas primitivement bilatérales.

Un viscère symétrique détérioré est propre à faire naître dans l'autre un lieu de moindre résistance. Il est, dès lors, facile de comprendre qu'une bactérie en circulation dans un organisme malade, ira se greffer de préférence sur cet autre viscère. Pour l'ophtalmie sympathique, le professeur Panas adopte cette théorie. On peut d'ailleurs mettre en lumière l'intervention du système nerveux dans la distribution des lésions, en rappelant que, si ce système est lui-même asymétrique, cette symétrie cesse d'exister. Le vaccin n'évolue pas, chez les hémiplégiques, également des deux côtés. Si l'on sectionne le sciatique, l'infection locale est plus marquée du côté de la section que du côté opposé.

— MM. Bosc et Blanc ont étudié expérimentalement les lésions de l'intestin hernié ou engoué. Histologiquement, on constate l'infiltration, la desquamation, puis la nécrose de la muqueuse. Rapidement se forment des taches hémorragiques et la nécrose se produit. Les lésions dépendent en grande partie du colibacille et de ces toxines. Quand il y a peu de lésions, pas de desquamation épithéliale, les tuniques ne contiennent aucun micro-organisme et on n'en trouve pas non plus à la surface du péritoine. Ils y existent, au contraire, de même que dans les vaisseaux, s'il y a desquamation, nécrose de la muqueuse. L'épithélium intact est une barrière infranchissable. L'arrivée des bactéries dans la cavité du péritoine détermine des hémorragies, de telle sorte que si le chirurgien, en opérant une hernie, constate des ecchymoses sous-péritonéales, il devra en tenir grand compte dans sa manière d'agir.

— M. Dubois a tenté une fois de plus la *sérothérapie du cancer*. Il a injecté dans le tissu cellulaire d'animaux des fragments cancéreux, et a pu produire plusieurs fois des tumeurs; la plus grosse pesait 570 grammes. Trois cas ont été traités par le sérum des animaux inoculés. Dans le premier cas, un cancer du sein nodulaire était transformé en quarante-cinq jours en un petit nodule fibreux; dans le deuxième cas, un épithélioma du front s'était affaissé en trente-cinq jours; dans le troisième cas, un épithélioma récidivé de la lèvre supérieure n'a fait que subir un arrêt dans sa marche.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1896

M. Lédé fait une communication intitulée : *Puériculture et protection de l'enfance*. Puis l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Motet sur le prix Baillarger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie a repris ses travaux mercredi dernier.

La séance a été levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. Nicaise, ancien président.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur le point de congélation du lait de vache. — Note de MM. Bordas et Génin, présentée par M. d'Arsonval.

Différents auteurs ont trouvé que le lait de vache avait un point de congélation constant et ont proposé de déterminer le mouillage d'un lait, d'origine inconnue, par le relèvement de ce point fixe de congélation. Ainsi, un relèvement de 0°005 au-dessus du point fixe, — 0°56, correspondent, d'après M. Hamburger, à 1 % d'eau ajoutée.

D'après nos expériences, cette manière de voir ne nous paraît pas complètement justifiée. En effet, nous avons déterminé le point de congélation de cinquante laits de vaches de races diverses. Nous avons trouvé que le point de congélation était de — 0°52 pour vingt-deux laits, de — 0°53 pour onze, et qu'il variait de — 0°44 à — 0°56 pour les autres laits.

Nous avons également déterminé le point de congélation des petits laits obtenus en coagulant les laits par de la présure liquide. Comme il fallait s'y attendre, les points de congélation se trouvent abaissés, mais ils sont encore plus variables que ceux des laits. Le point de congélation varie de — 0°47 à — 0°80, il est de — 0°72 pour huit petits laits, et de 0°69 pour sept.

Il était facile de prévoir ces résultats. Le point de congélation d'un lait dépend du point de congélation de ses éléments solides, dissous, et du volume de ses éléments émulsionnés. Pour un poids constant d'éléments solides et émulsionnés, le point de congélation variera avec les proportions des éléments. Mais les variations les plus considérables seront produites par celles de la somme totale des éléments, c'est-à-dire de l'extrait. En général, quand l'extrait augmente, le point de congélation s'abaisse, et inversement. Il n'y a évidemment pas proportionnalité, comme dans les cas d'une substance unique, dissoute dans un liquide homogène ; souvent même, il y a variation en sens inverse.

Pour le petit lait, l'abaissement du point de congélation s'explique par la coagulation d'un certain nombre d'éléments, ce qui diminue le volume et augmente par suite, la concentration des autres éléments dissous. Les variations du point de congélation du petit lait s'expliquent de la même manière que pour le lait.

Ainsi, le point de congélation du lait est variable ; on ne peut donc se servir de l'abaissement de ce point pour déterminer le mouillage, pas plus qu'on ne peut employer l'extrait seul ou la densité.

Il est certain qu'un lait dont le point de congélation est voisin de 0° est mouillé, mais alors son extrait est presque nul, sa densité voisine de 1 ; il est plus simple de déterminer un extrait ou une densité qu'un point de congélation.

Pour des cas moins extrêmes, le mouillage ne peut être sûrement établi que par un examen comparatif des éléments du lait mouillé et du lait type. On ne peut condamner un marchand sur les seules indications fournies par un densimètre, ou par le poids d'un extrait, ou par un point de congélation, car les trois déterminations sont de même valeur, c'est-à-dire aussi peu sûres l'une que l'autre, quand elles sont employées seules.

La cryoscopie appliquée à la recherche du mouillage ne nous paraît ni simple ni sûre.

De l'immunité conférée par quelques substances anticoagulantes. De son mécanisme : excitation de la phagocytose, augmentation du pouvoir bactéricide du sang. — Note de MM. Bosc et Delezenne.

Nous avons vu que le retard dans la putréfaction du sang rendu incoagulable *in vitro*, mais surtout *in vivo*, par l'extrait de sangsue, ne peut être expliqué par une action antiseptique propre de l'extrait ; nous basant sur la persistance et l'excitation des mouvements amiboïdes des leucocytes nous avions pensé que la phagocytose et le pouvoir bactéricide augmentés (du fait des sécrétions leucocytaires) pouvaient mettre obstacle au développement des microorganismes. Poussant plus loin l'hypothèse, nous nous sommes demandé si les substances anticoagulantes n'étaient pas capables d'agir comme certaines toxines microbiennes, pour augmenter les moyens de défense de l'organisme et conférer l'immunité contre l'infection. Cette hypothèse nous paraissait d'autant plus séduisante qu'il y a de nombreux rapprochements à établir entre ces substances anticoagulantes, extrait de sangsue et peptone, et les toxines microbiennes : les toxines injectées dans les vaisseaux peuvent suspendre la coagulation du sang (Salvioli, Athanasin, Carvallo et Charrin) ; les unes et les autres sont de puissants lymphagogues, déterminent de l'hypoleucocytose, de la vaso-dilatation, des lésions identiques... etc., etc. De plus, Freund et Grosz ont montré que certaines albumoses, que l'histon, le nucléohiston, qui sont aussi des substances anticoagulantes, peuvent conférer l'immunité.

Nos recherches nous ont permis, d'ailleurs, d'en apporter une vérification expérimentale.

1° *Expériences in vitro.* — On prélève à un chien du sang normal en tube stérilisé, puis du sang rendu incoagulable par injection intra-veineuse de peptone ou d'extrait de sangsue. Dans ce sang recueilli *in vitro*, la conservation des éléments figurés est remarquable ; les leucocytes demeurent très longtemps vivants et présentent des mouvements amiboïdes intenses, même à la température normale. Si l'on ensemence ce sang avec du coli-bacille, l'on voit que la phagocytose se fait avec énergie et persiste pendant longtemps.

Le pouvoir bactéricide de ce sang est augmenté par rapport à celui du sérum normal. Le mélange, en verre de montre, de culture de coli-bacille très jeune et de sang incoagulable, produit une agglutination très marquée et une diminution sensible des mouvements des bacilles. Ces effets sont encore plus prononcés si on se sert, non plus du sang incoagulable *in toto*, mais de la couche plasmatique su-

perficielle. L'action bactéricide, empêchante, se manifeste encore davantage quand on ensemence largement du sang rendu incoagulable enfermé dans des tubes stérilisés et portés à 37°. Le développement des bacilles paraît arrêté, la culture ne pousse que très faiblement, les bacilles sont plus longs, comme dans les formes involutives, moins bien colorés, renflés irrégulièrement, terminés en boule, granuleux, très diminués dans leurs mouvements. On trouve même des bacilles et des granulations éosinophiles en dehors des phagocytes. L'ensemencement de ces cultures sur des milieux favorables, ne donnent qu'un développement très maigre.

2° *Expériences in vivo : immunité.* — Les substances anticoagulantes agissent donc sur le sang pour augmenter les moyens de défense de l'organisme contre l'infection. L'injection de ces substances ne pourrait-elle pas conférer aux animaux une véritable immunité contre les infections expérimentales ?

L'injection intra-veineuse de peptone, mais surtout d'extrait de sangsue à des lapins et à des chiens, capable de rendre le sang incoagulable pendant plusieurs heures, — faite quinze à quarante-cinq minutes avant l'injection dans la veine de l'oreille de cultures virulentes de coli-bacille ou de streptocoque — peut conférer aux animaux une véritable immunité et avoir même une action empêchante, à peu près absolue; dans ce cas, il se développe des phénomènes réactionnels, très prononcés du côté de la circulation, de la respiration, de la calorification, de la diurèse.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours de l'Internat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Brocq, Dumontpallier, Lebreton, Achard, Lejars, Guinard, Richelot, Panas, Pinard et Maygrier.

Le jury définitif de l'externat est composé de MM. Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Arrou, Rieffel, Villemin et Potocki.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'honneur a été décernée à M. le Dr Moreau, médecin-major principal du corps des sapeurs-pompiers de Bordeaux, pour sa belle conduite en maintes circonstances.

— Une mention honorable a été décernée à M. le Dr Arnaud, d'Affreville (Alger), pour son dévouement lors de la catastrophe du chemin de fer d'Adélia, dans la nuit du 10 au 11 mai 1896.

Congrès français de chirurgie. — Le dixième Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra, à Paris, du 19 au 24 octobre 1896, à la Faculté de médecine. Voici l'ordre du jour des séances :

Lundi, 19 octobre, à deux heures : Séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Discours de M. le professeur Terrier, président du Congrès. Compte rendu du secrétaire général. — A trois heures : Questions diverses.

Mardi, 20 octobre, à huit heures du matin : Visite dans les hôpitaux. — A trois heures et demie : Première question à l'ordre du jour : Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. Rapport de M. Forgue. Discussion.

Mercredi, 21 octobre, à neuf heures du matin : Séance supplémentaire : Questions diverses. Crâne et rachis, face et cavités, cou, larynx, corps thyroïde, plèvre et poumons.

A deux heures du soir : Séance supplémentaire : Questions diverses. Tube digestif et annexes.

Jeudi, 22 octobre, à neuf heures du matin : Visite dans les hôpitaux. Après-midi, pas de séance. — A sept heures et demie du soir : Banquet par souscription.

Vendredi, 23 octobre, à neuf heures du matin : Séance supplémentaire. Questions diverses. Voies urinaires.

A deux heures : Assemblée générale. Rapport du trésorier. Nomination du président et du vice-président pour le Congrès de 1897. Nomination de deux membre du conseil d'administration. Nomination des secrétaires. — A deux heures et demie : Deuxième question à l'ordre du jour : Traitement des prolapsus génitaux, rapport de M. Bouilly. Discussion.

Samedi 24 octobre, à huit heures du matin : Visite dans les hôpitaux. — A neuf heures : Séance supplémentaire. Questions diverses. Chirurgie des membres. — A deux heures : Questions diverses. — Organes génitaux urinaires de la femme. — A quatre heures : Présentations de malades, de pièces pathologiques et d'appareils.

Ces présentations auront lieu dans la salle de correspondance.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part au banquet qui aura lieu le jeudi 22 octobre, à sept heures et demie, Hôtel Continental, sont priés de s'inscrire au secrétariat du Congrès (salle de Correspondance), à la Faculté de médecine, avant le mardi soir.

Tout ce qui concerne les cotisations doit être adressé à M. Auguste Broca, trésorier, 5, rue de l'Université.

Tout ce qui concerne la partie scientifique et la publication doit être adressé à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 8, rue de l'Isly.

MM. les membres du Congrès sont priés de retirer leur carte à la salle de correspondance. Elle servira à visiter divers établissements.

Hospices civils de Caen. — Un concours, pour trois places d'interne en médecine aux hospices civils de Caen, s'ouvrira le 9 novembre 1896, à l'Hôtel-Dieu de Caen, à neuf heures du matin. — Se faire inscrire avant le 1er novembre prochain.

Un concours public pour l'emploi de médecin adjoint des hospices de Beauvais sera ouvert, le mercredi 4 novembre 1896, à la Faculté de médecine de Paris.

Le concours aura lieu devant un jury composé de cinq professeurs ou agrégés de la Faculté.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris. Le registre sera clos le samedi 24 octobre, à trois heures du soir.

Un extrait du règlement des hospices civils de Beauvais est déposé au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 42. L'UNION MÉDICALE 17 Octobre 1896.

SOMMAIRE

LE PROBLÈME DE L'ALLAITEMENT

Lait de femme et laits d'animaux.

SUITE ET FIN (1).

III. — Lait de vache.

Les analyses de lait de vache ont été très nombreuses, aussi nous bornerons-nous à citer les plus récentes. Elles permettent toutes, du reste, les mêmes conclusions pratiques, lorsqu'il s'agit de comparer le lait de vache au lait de femme, et c'est là l'important.

Fleichmann :

Eau	Mat. solides	Albuminoïdes	Graisse	Sucre	Cendres
87,25	12,75	3,90	3,50	4,60	0,75

Forster :

Été.....	89,40	10,60	2,80	2,80	4,20	0,70
Hiver..	86,20	13,80	3,40	3,10	4,30	0,72

Gautrelet :

Caséine °/₀₀	Lactose	Beurre	Sels	Gaz	D. à + 15
35,50	59,40	38,20	8,53	215cc	1032,5

Au Laboratoire municipal, on admet la composition moyenne suivante, et au-dessous du chiffre minima, on soutient en justice qu'il y a eu addition d'eau :

	Comp. moyenne	Limite minima
Eau	87	88,5
Extrait sec	13	11,5
Matière grasse........	4	2,7 à 3,0
Caséine et albumine..	3,60	3,3 à 3,0
Sucre................	5	4,5
	100	100

Cependant, il peut y avoir des laits normaux n'atteignant pas la limite minima (Duclaux); d'autre part, leur commerce leur en donnant le temps, les laitiers s'arrangeront de telle façon que les habitants des grandes villes ne boiront que du lait de la composition minimum, c'est-à-dire presque toujours étendu d'eau.

Le lait de certaines vaches renfermant de 42 à 45 grammes de matières grasses par litre, l'écrémage devient facile. Le Laboratoire devrait exiger au moins 37; à l'hôpital des Enfants-Malades, on exige 36 (Marfan). Certaines races ne donnent pas ces chiffres élevés, mais les laitiers n'ont qu'à se procurer des animaux convenables.

Les conditions qui font varier les proportions des différents éléments contenus dans le lait de vache sont fort nombreuses.

En premier lieu, vient la race. M. Saint-Yves Ménard, comparant des vaches de races différentes, les conditions de nourriture et d'habitat étant les mêmes, a trouvé que, avec

la race hollandaise,	il y avait	10,50 °/₀	de résidu fixe.
— danoise,	—	11,44	—
— jersiaise,	—	12,90	—
— bretonne,	—	13,20	—
— normande,	—	14,69	—

Les vaches hollandaises, qui donnent le lait contenant le moins de matières solides, en fournissent, par contre, une grande quantité; six mois après le vêlage, elles peuvent en donner 25 litres; une vache normande ou flamande n'en sécrétant, dans les mêmes conditions, que 10 ou 11 litres. A Paris, dans les vacheries intra-muros, les vaches hollandaises sont très nombreuses.

D'après J. Roux, le lait des vaches gâtinaises pures est plus riche en beurre que celui des vaches Durham, plus riche en lactose; dans les Gâtinais-Durham, à mesure que le sang durham se substitue au sang gâtinais, le lait s'appauvrit en beurre et s'enrichit en caséine. Ce serait dans le lait de la race normande qu'il y aurait le plus de caséine. Une bonne cotentine donne de 3,000 à 3,500 litres de lait par an. Une hollandaise pourra aller à 4,000, de même qu'une jersiaise; mais, tandis que 16 à 17 litres du lait de la seconde donnent 1 kilogr. de beurre, avec la première il en faut 35 litres (Langlois). Après la jersiaise, c'est la cotentine qui donnerait le plus de beurre (Statistique agricole, *Journal Officiel*, 17 décembre 1882). Les analyses comparatives qui ont été faites sont du reste, là comme ailleurs, fort loin de donner toujours les mêmes résultats.

Le lait le meilleur est celui des vaches laissées en liberté dans les pâturages de mi-coteaux, comme on le fait en Basse-Normandie. La quantité n'est pas très considérable, mais la qualité est excellente, et le beurre des vaches cotentines jouit d'une telle renommée (sous le nom de beurre d'Isigny) que son exportation en Angleterre atteint un chiffre considérable. Une promenade dans le Cotentin, une visite

(1) Voir le numéro précédent.

dans les maisons de Valognes ou de Caren'an qui recueillent le beurre des environs, convaincra les plus incrédules de l'excellence des prairies naturelles, dont la base est le lotus corniculé, les agrostis, le lolium perenne ou chiendent, les fétuques et les houlques. Si les prairies sont trop marécageuses, le lait devient pauvre. Le même résultat est obtenu lorsque les animaux sont nourris de recoupettes, de cosses de légumineuses, aliments qui les poussent à boire. A l'Institut, pour la cure de lait de Francfort-sur-le-Mein, une vache du poids moyen de 350 kilogr., reçoit par jour 5 kilogr. de foin de prairie, 8 kilogr. 500 de jeune luzerne hachée, 3 kilogr. de farine d'orge mondé, 2 kilogr. de farine de froment n° V, et environ 6 grammes de sel de cuisine (cité par Arnauld).

Albrecht, chez les vaches vivant à l'étable, recommande un régime substantiel dans lequel doivent entrer, en plus du foin et de la paille, de la farine d'orge et d'avoine.

Le lait de vaches nourries de drèches (résidus de brasseries et distilleries), est fade, sent mauvais, devient jaunâtre à la cuisson et coagule très rapidement, spontanément, puisqu'il est très acide. D'après les calculs de Girard, une vache à qui on donne des drèches reçoit jusqu'à 10 litres d'acide acétique par jour.

Les nourrissons prenant le lait de drèches présentent un ensemble de symptômes bien étudiés par Ruskan : augmentation du nombre de selles, qui sont blanchâtres et glaireuses; soif vive, vomissements après les tétées; sommeil profond, pas de fièvre. Le pouls est d'abord stationnaire, puis diminue. Tous ces accidents débutent trois ou quatre jours après le début de l'alimentation au lait toxique; ils se montrent surtout chez les très jeunes enfants, jusqu'à six mois; enfin, ils cessent dès qu'on donne du lait convenable. Les drèches sèches seraient plus nuisibles que les fraîches.

Aux abords des distilleries, il y a souvent des étables où se trouvent des vaches qui paraissent grasses; en réalité, elles sont simplement œdématisées. Demme a nourri comparativement des enfants avec du lait de vaches alimentées avec du foin, avec de l'herbe et avec des résidus de mélasses. De 25 nourrissons qui recevaient le lait des animaux auxquels on donnait de la mélasse, 5 succombèrent à un catarrhe gastro-intestinal, tandis que les 20 autres enfants ne présentèrent pas d'accidents.

La pulpe de betterave augmente la quantité de lait, mais le beurre est mauvais et les animaux s'épuisent rapidement. Les tourteaux de graines, donnés frais et en petite quantité, augmentent la quantité de beurre et de caséine. Si les animaux en prennent beaucoup (surtout celui de colza) leur lait devient nuisible aux enfants. Les germes du malt, le son de seigle, augmentent aussi la quantité de graisse.

Les éléments azotés augmentent d'abondance à mesure que le lait vieillit. D'après Roux, le chiffre du beurre baisserait de deux à trois mois pour se relever ensuite.

Pendant la durée d'une même traite, la composition du lait varie. Tandis que la première portion sortie du pis renferme 1,70 % de graisse, la dernière en contient 4,08 (Boussingault); Schuller, cité par Arnould, a trouvé 4 % de crème au début, 17,5 % à la fin. Généralement il y a plus de graisse dans la traite du soir que dans celle du matin, il y a aussi des différences d'un jour à l'autre, des différences entre le lait des trayons antérieurs et postérieurs, etc. On voit donc que c'est un préjugé fâcheux que d'exiger, pour un enfant, du lait d'une seule et même vache. Un seul bébé ne peut tout consommer, loin de là, de telle sorte que si un jour il a le lait du commencement de la traite et un autre jour celui de la fin, il aura des laits beaucoup plus différents que si l'on prélevait pour lui, deux jours de suite, un échantillon du mélange de laits fournis par toutes les vaches de l'étable.

La gestation semble, quand elle est assez avancée, diminuer la quantité de lait et accroître sa richesse. Wéber, comparant le lait de vaches non pleines, de vaches pleines et de vaches châtrées, a trouvé que c'était la vache pleine de six à sept mois qui avait le lait le plus riche. Il y a des animaux qu'il faut cesser de traire, si l'on veut que la sécrétion se tarisse; tandis que, chez d'autres, il n'y a plus de lait, quatre, cinq, six mois même avant le vêlage (Poirier).

La castration, ou bœuvronnage, modifie-t-elle les qualités du lait? D'après Lajoux, si la vache est saine, elle n'a pas d'action ; si elle est taurelière, la proportion de beurre augmente aussitôt et la quantité de caséine reste toujours plus grande que dans le lait normal.

Le galega à la dose de 100 grammes (bols ou grosses pilules), l'ortie fraîche ou cuite, aux doses de 4 à 8 kilogrammes par jour, augmentent la sécrétion lactée chez la vache comme chez la femme.

IV. — Alimentation du nouveau-né au lait de vache.

Un enfant peut-il être nourri sans inconvénient avec du lait de vache pur? Bien qu'il semble s'agir là d'une question facile à résoudre, elle a cependant donné lieu à de nombreuses discussions qui durent encore aujourd'hui.

En quoi d'abord le lait de vache diffère-t-il de celui de femme? Voici un tableau, en chiffres ronds, qui rend les dissemblances évidentes (Marfan) :

	Eau	Caséine	Lactose	Beurre	Sels
Lait de femme....	881 °/₀₀	19	60	37	3
— de vache.....	872 °/₀₀	35	50	36	7

On voit, au premier coup d'œil, que le lait de vache renferme près du double de caséine, beaucoup moins de lactose, un peu moins de beurre et beaucoup plus de sels.

L'acidité du lait de vache est trois fois plus grande que celle du lait de femme.

La caséine du lait de vache est non seulement beaucoup plus abondante que celle du lait de femme, mais, de plus, cette caséine se coagule en flocons compacts, difficilement attaquables par les sucs digestifs. C'est là un point sur lequel tous les auteurs ont insisté. Cette caséine contiendrait une quantité de phosphates bien supérieure à celle renfermée dans le lait de femme (Lehmann) et sa nature serait différente (Biedert, Langguard).

Le lait de vache renferme 0,17 °/₀ de chaux, et celui de femme 0,03 °/₀; cela tient à la nécessité de la vie active pour le veau dès sa naissance. Il y a moins de potasse, moins de chlore, plus de magnésie, de fer, dans le lait de vache. Il est inutile de se préoccuper du léger déficit en beurre du lait de vache moyen, car il peut être facilement corrigé par un choix judicieux de la race.

La plupart des auteurs insistent sur la nécessité de ne pas donner au nouveau-né du lait de vache pur. Budin, tout récemment, remarquant que les enfants qui se nourrissent du lait de vache coupé, n'augmentent pas aussi rapidement de poids que les enfants élevés au sein, conseille l'usage du lait de vache pur stérilisé, même chez les nouveau-nés. Le lait coupé est certainement moins nutritif, puisqu'un enfant qui prend 500 grammes de lait de vache coupé de deux parties d'eau, prend 478,5 d'eau, et 22,5 de résidu sec, tandis que 500 grammes de lait de femme auraient donné 435,5 d'eau et 61,5 de résidu sec. La pratique du coupage avait déjà été combattue par Parrot, Galanine, Perrin.

Marfan a étudié avec le plus grand soin l'action du lait pur stérilisé sur le nourrisson. D'après lui, ceux qui sont soumis, dès leur naissance, à l'usage du lait stérilisé, peuvent se diviser en deux catégories : les uns qui ont, tôt ou tard, de la gastro-entérite, même quand aucune faute d'alimentation n'a été commise ; 2° les autres qui semblent parfaitement prospérer.

Cependant ces derniers présentent une série de troubles sur lesquels a insisté Marfan. Il y a d'abord une constipation opiniâtre, en même temps que les selles prennent une couleur jaune très pâle, ressemblant à celle du mastic ; de temps à autre, il y a un vomissement, un peu de diarrhée avec des grumeaux blancs. Le poids augmente et l'enfant peut même devenir obèse, en même temps que le ventre s'accroît ordinairement de beaucoup de volume. C'est la dyspepsie du lait de vache pur, et il est probable qu'elle s'accompagne d'un allongement de l'intestin par entérite (entéro-mégalie) ; l'analyse du suc gastrique a permis de constater qu'il y avait hyperpepsie. On peut observer de plus du prurigo, de l'urticaire, le chapelet costal rachitique, toujours du retard de la dentition.

A partir du septième ou huitième mois, tantôt l'enfant se rétablit peu à peu, tantôt une gastro-entérite chronique s'établit.

En fait, ce ne serait qu'exceptionnellement qu'un enfant élevé au lait de vache pur depuis sa naissance serait bien portant. Le lait est beaucoup mieux supporté après le quatrième ou le cinquième mois.

Voici une observation de Tarnier bien caractéristique. Pendant ses vacances, on lui amena un jour deux enfants de deux ou trois mois présentant tous les signes de l'athrepsie, ratatinés pour ainsi dire. Ces enfants étaient nourris au biberon avec du lait pur. Tarnier conseilla le coupage, et, quinze jours plus tard, les deux bébés étaient devenus vigoureux. On put les élever sans difficultés.

La question nous semble jugée.

Les procédés destinés à amener le lait de vache à ressembler le plus possible au lait de femme peuvent se diviser en procédés de ménage et procédés industriels.

Le coupage, telle est la pratique suivie dans les ménages. On étend le lait d'une quantité déterminée soit d'eau, soit d'un liquide quelconque : eau panée, décoctions d'orge ou de gruau (Trousseau, Depaul), solution de gomme arabique, eau de riz, bouillon de poulet (Désormeaux) ou de viande (Baraz), eau distillée (Tarnier). Pour Uffelmann, les substances mucilagineuses permettraient d'avoir des caillots moins durs, plus petits (mucilage de gruau et d'orge). L'addition de mucilage d'orge introduit de l'amidon en trop petite quantité pour être nuisible, et de la potasse, ce qui est utile. Von Durch, Kormann, vantent le mucilage d'avoine. Uffelmann recommande le coupage avec le bouillon de veau pour les enfants rachitiques. L'eau pure, bouillie, ou une eau minérale alcaline faible, s'il y a quelque trouble digestif, conviendront toujours beaucoup mieux. Les bouillons sont peu nutritifs et au moins inutiles, les décoctions de matières organiques s'altèrent très rapidement en été. Le mieux sera toujours de se servir d'eau ordinaire bouillie, à laquelle on ajoutera de la lactose. Maintenant, dans quelle proportion faut-il ajouter le sucre ? Quelle doit être la quantité de la solution sucrée à ajouter au lait ?

D'après Soxhlet, en additionnant le lait de vache d'une partie d'une solution de sucre de lait à 6 °/₀,

on remédie à l'excès d'albumine et au déficit de sucre. Reste un déficit de graisse, évalué à 1,32 °/₀, que Soxhlet cherche de compenser à l'aide du sucre de lait; 243 parties de ce sucre étant pour lui équivalentes à 100 parties de graisse, il conseille d'ajouter 3,19 °/₀ de sucre de lait, soit un tiers d'une solution de lactose à 12,3 °/₀ pour deux tiers de lait. On pourrait corriger l'excès d'acidité par le bicarbonate de soude, mais alors il deviendrait impossible de stériliser, le sucre de lait, dans ces conditions, se dédoublant à l'ébullition, d'où teinte brune du liquide et développement d'un goût de brûlé.

Humpel a constaté que la caséine du lait de vache se précipite en tout petits conglomérats comme celle du lait de femme, si on ajoute de la graisse au lait de vache, jusqu'à obtention de la proportion de 1/3. On devrait donc, pour rendre le lait de vache bien digestif pour l'enfant, l'étendre d'eau, ajouter de la crème, du sucre de lait et du blanc d'œuf, afin que la densité soit égale. Un litre de lait de vache, additionné de 7 °/₀ de substances grasses, de 105 grammes de sucre de lait et de 9 grammes 1/2 de blanc d'œuf par litre, puis étendu par 1,500cc d'eau bouillie et refroidie, donnerait 2 litres 1/2 d'un aliment parfait!

Variot fait diluer le lait de vache stérilisé d'un 1/3 d'eau jusqu'à la huitième semaine, puis il donne le lait pur.

Morgan Rotch (de Boston) préconise des laits dosés selon l'âge du nouveau-né. La crème et le petit lait étant séparés par un centrifugateur qui donne 6,800 tours à la minute, on titre chacun des deux produits, puis l'on prépare à l'avance une solution de sucre de lait à 1/20 dans l'eau distillée.

On donne ensuite aux médecins, suivant leurs demandes, les mélanges convenant aux différents âges, dans des tubes fermés au coton, puis stérilisés, et enfin livrés à domicile dans de petits paniers.

1° Premières 36 heures :

Solution de sucre de lait à 5 °/₀.

2° Première semaine :

Beurre	2,00
Sucre	5,00
Protéides	0,75

Réaction légèrement alcaline; chauffer à 75°.

3° Deuxième semaine :

Beurre	2,50
Sucre	6,00
Protéides	1,00

etc., etc.

Tout cela est bien compliqué, et nous obtenons d'excellents résultats, en France, d'une manière plus simple.

Gautrelet conseille de couper le lait de vache de la moitié de son volume d'eau, d'ajouter 25 grammes de lactose, de porter à l'ébullition, et enfin, de réaérer lorsque la température du mélange sera revenue vers 30°. L'ébullition, à elle seule, a du reste pour effet d'augmenter la divisibilité du caillot de caséine. Le lait de vache, chauffé jusqu'au moment de l'ébullition et bouilli, renferme une caséine dont l'état de divisibilité est amélioré, quoique moins que dans le cas précédent. La stérilisation diminuerait beaucoup, toujours d'après Gautrelet, l'état de divisibilité du caillot.

Uffelmann donne le premier et le deuxième jour trois parties d'eau et une de lait, puis ensuite deux parties d'eau et une de lait; au bout de quatre semaines, il passe à une partie d'eau et une de lait, et au commencement du quatrième mois, mélange soixante-quinze ou soixante parties d'eau et cent parties de lait. A partir de la fin du sixième mois la quantité d'eau est diminuée, et à partir du neuvième mois on donne le lait pur.

Pour Marfan, c'est le coupage au tiers qui mérite la préférence; et le coupage par moitié n'est utile que jusqu'au cinquième jour. L'addition au lait de deux ou trois parties d'eau, étend beaucoup trop le liquide primitif. Dans le coupage au tiers, la proportion de caséine devient à peu près égale dans le lait de vache et dans celui de femme, mais le lait est appauvri en graisse et en lactose. Pour ce dernier, il suffit d'en ajouter 8 °/₀ à l'eau de coupage. (Uffelmann est seul à conseiller le sucre de canne). Le déficit en graisse est plus difficile à combler, si on n'a pas affaire à du lait de races où il est très riche en beurre. Ritter et Biedert ont proposé d'ajouter au coupage de la crème de lait. Eystein (cité par Marfan) a essayé de la lipanine, qui s'émulsionne très facilement dans l'eau; Marfan, de l'huile d'amandes douces, de la glycérine, de la margarine. Le mieux est de faire comme Soxhlet, d'ajouter une plus grande quantité de lactose et d'élever sa proportion dans l'eau de coupage à 10 °/₀. Cette eau est d'abord portée à l'ébullition pendant deux à trois minutes, puis on l'additionne de la dose nécessaire de sucre.

Les enfants nourris avec du lait ainsi coupé s'élèvent très bien; ils ont simplement un léger retard dans l'augmentation de poids, qui est rattrapé rapidement lorsque l'âge permet de donner le lait pur.

Marfan a calculé que la chaleur de combustion de 1 gramme du mélange qu'il conseille, représentée en calories, est très inférieure à celle de 1 gramme de lait de vache et à peine inférieure à celle de 1 gramme de lait de femme.

On a encore essayé de corriger le mode de coagulation de la caséine par différentes pratiques. Enko additionne le lait, dans ce but, de 1/2 °/₀ de peptone sèche; Hanser lui incorpore de l'albumine d'œuf

chauffée à 130°. On ne peut conseiller de donner à des enfants des laits ainsi traités.

Industriellement, on s'est efforcé de décaséiner le lait tout en lui laissant sa proportion de graisse.

Deux procédés surtout méritent d'attirer l'attention, ceux de Vigier et de Gœrtner.

Vigier prend le lait de vache qui vient d'être trait et y dose la caséine. Supposons qu'il en trouve 40 % et qu'il faille ramener cette quantité à 20 %. La quantité totale du lait étant divisé en deux parties, l'une est laissée en repos jusqu'à ce que la crème monte, on enlève alors cette crème et on l'ajoute à la seconde partie, qui ne subit pas d'autre traitement. La première, après écrémage, est traitée par la présure qui coagule la caséine; cette dernière est retirée et le sérum ajouté à la seconde partie. Le lait est alors embouteillé, stérilisé à la vapeur sous pression et, dans ces conditions il se conserve très bien. Les enfants se trouvent fort bien de l'usage de ce « lait humanisé », dont le seul défaut est de renfermer souvent trop peu de beurre par suite de l'emprisonnement de globules graisseux dans le caillot et trop peu de lactose.

Le procédé de Gœrtner repose sur l'emploi de l'écrémeuse centrifuge. Cette dernière est essentiellement formée d'un vase en forme de toupie, tournant autour d'un axe vertical et séparé en deux compartiments par une cloison horizontale; les deux compartiments communiquent par des trous creusés au pourtour de la cloison. Si, dans le compartiment inférieur, on introduit du lait de vache étendu de moitié d'eau et qu'on mette la machine en mouvement, ce lait se divisera en deux couches. La plus centrale renfermera la crème, à la périphérie se trouvera le lait écrémé et les impuretés et matières lourdes diverses qu'il contenait. Cette portion passe dans le compartiment supérieur. Si, par des dispositifs de tubes trop compliqués pour être décrits ici, on puise des quantités égales des deux liquides et qu'on les mélange, on aura un lait qui contiendra tout le beurre du lait primitif et seulement la moitié de sa caséine et de son sucre. On se sert aussi de machines à un seul compartiment pourvues de deux robinets permettant de puiser soit au centre, soit à la périphérie; les résultats sont les mêmes. Enfin l'eau de coupage est additionnée de lactose, il n'y a donc pas de déficit en sucre. Ce lait dit : maternel, maternisé, gras, se conserve bien; son principal inconvénient est qu'une partie de la graisse est devenue du beurre qui nage à la surface et qui ne s'émulsionne que difficilement. Le lait est appauvri en sels, cela est vrai, mais le lait de vache en contient en excès, comparativement à celui de femme.

Thilmich a employé ce lait chez 37 enfants atteints de gastro-entérites plus ou moins graves. Le traitement fut poursuivi pendant plusieurs mois avec des résultats peu concluants et identiques, pour l'auteur, à ceux que l'on aurait obtenus avec le lait de vache stérilisé.

Escherich a trouvé qu'avec le lait de Gœrtner on obtenait des augmentations de poids indentiques à celles des enfants bien portants élevés au sein.

Boissard a vu les enfants augmenter également de poids avec le lait stérilisé et le lait maternel.

Enfin, pour Marfan, le lait de Gœrtner ne surpasse pas beaucoup les laits corrigés par le coupage ou le procédé Vigier.

Actuellement, le lait de Gœrtner est encore fort cher, ce qui en restreint forcément l'emploi.

V. — Laits de chèvre, d'anesse, etc.

Nous serons brefs dans l'étude qui nous reste à faire des laits d'animaux employés exceptionnellement dans l'alimentation des nouveau-nés.

1° *Lait de chèvre*. — Voici la composition moyenne du lait de chèvre.

Densité	Eau	Mat. fixes	Caséine	Albumine	Beurre	Sucre	Sels
1033,5	868,5	135,2	25,3	12,6	43,4	37,8	6,5

Le lait de chèvre diffère du lait de femme surtout par l'augmentation considérable de son volume gazeux, — l'augmentation forte du poids de la caséine qui se prend en un caillot dur et compact, — la diminution très grande du sucre de lait. Sa conservation est difficile.

Pour Gautrelet, le lait de chèvre conviendrait surtout aux enfants dont l'estomac est paresseux, atone, a besoin de l'excitation spéciale du gaz en excès que présente particulièrement ce lait.

La chèvre n'a du lait que pendant quatre mois. Une des raisons pour lesquelles il est souvent mal digéré par l'enfant, c'est que le chevreau a beaucoup de salive (Arthus), tandis que chez le nouveau-né humain, le rôle des glandes salivaires est presque nul pendant les premières semaines. Variot a publié récemment deux cas d'insuccès de ce genre d'allaitement artificiel. Pour Tarnier, on ne doit donner le lait de chèvre qu'à partir de six mois. Souvent, ce lait a une odeur très forte. Elle manque quand les animaux passent leur vie en plein air (Fichmann).

Le lait de brebis est très riche en matériaux solides, surtout en caséine; il est fort difficile à digérer.

2° *Lait d'ânesse*. — Ce lait a la composition suivante :

Densité	Eau	Mat. fixes	Mat. alb.	Beurre	Sucre	Sels
1034,5	890,1	109,8	35,6	18,5	50,4	5,2

Le lait d'ânesse diffère du lait de femme surtout par la quantité des sels minéraux. Il s'en rapproche par la plupart de ses autres caracteres et surtout en ce que sa caséine se précipite en petits flocons isolés.

Aux Enfants-Assistés, il a donné de bien meilleurs résultats, les enfants étant élevés au pis, que le lait de chèvre.

Peut-être le lait d'ânesse est-il facilement laxatif. On empêche cet inconvénient en donnant aux animaux du fourrage sec.

Mais l'ânesse ne donne qu'un litre ou un litre et demi de lait par jour et l'ébullition ne le met pas à l'abri d'une fermentation rapide. Chavane a constaté que les marchands l'additionnent souvent de bicarbonate de soude ou de lessive de soude ou de potasse pour retarder sa coagulation. Enfin, le lait d'ânesse est fort cher.

Le lait de jument n'est pas usité dans l'alimentation des enfants.

LES CONGRÈS

CONGRÈS DIVERS

SUITE ET FIN (1)

M. Bard s'est occupé de la *signification anatomique et clinique des inflammations interstitielles polyviscérales*. Chaque espèce cellulaire a une pathologie qui lui est propre, et le tissu conjonctif ne fait pas exception à cette règle; il est, de plus, de tous les tissus, le plus fréquemment atteint. C'est, en effet, le tissu le plus abondant, le plus répandu sur les points les plus divers, le plus exposé aussi à l'action des causes pathogènes. Un chapitre particulier de la pathologie du tissu conjonctif est celui des inflammations interstitielles polyviscérales, c'est-à-dire celui qui concerne les cas dans lesquels on observe, sur plusieurs organes, l'apparition simultanée et successive d'inflammations du tissu conjonctif. Quand l'inflammation interstitielle est localisée sur un seul organe et affecte un type clinique net, la cirrhose alcoolique du foie, par exemple, on n'hésite pas à lui reconnaître une existence autonome. Quand l'inflammation frappe plusieurs organes et que, de plus, l'infiltration embryonnaire prédomine beaucoup sur la sclérose, quand surtout le processus se rattache à une grande maladie infectieuse bien définie, on n'hésite pas non plus à reconnaître l'autonomie de chaque processus local.

Au contraire, quand le processus peut être placé dans les scléroses, on s'efforce de rattacher les diverses localisations à une seule d'entre elles. Le cœur, le rein et les vaisseaux se disputent ainsi l'honneur de créer des scléroses polyviscérales.

L'influence de l'asystolie est admise depuis longtemps. L'œdème, la stase prolongée, sont regardées comme des causes suffisantes de sclérose. Pour M. Bard, la stase ne peut suffire à elle seule à engendrer des scléroses bien marquées. Même dans les cardiopathies les plus essentiellement primitives, les scléroses accusées sont liées à des poussées inflammatoires locales. Ces prétendues scléroses secondaires montrent une grande indépendance dans leur évolution : il n'est pas rare de voir des foies cardiaques arriver à dominer la crise morbide au moment où rétrocèdent les troubles du cœur. Aux membres inférieurs, tantôt l'œdème asystolique est simple, tantôt il s'accompagne d'un épaississement très marqué de la peau. Ces différences résultent de l'existence ou de l'absence des poussées d'inflammation interstitielles du derme. Ces dermites interstitielles sont relativement rares dans le cours des endocardites rhumatismales, fréquentes dans le cours des myocardites et des aortites, des néphrites interstitielles.

Quelques auteurs, si peu que le rein soit malade, lui attribuent les inflammations polyviscérales interstitielles, lorsqu'elles coexistent avec sa lésion. Ils invoquent tantôt le ralentissement de la néphrite sur le cœur et les œdèmes qui en résultent, tantôt les spasmes vasculaires, les scléroses toxiques, dus à la rétention des toxines. Rien de tout cela ne suffit à expliquer la production de sclérose à distance, sans recours de poussées inflammatoires locales.

D'autres soutiennent que l'artério-sclérose est la cause presque unique des scléroses viscérales. D'une part, la diminution de la circulation due au rétrécissement de l'artère, détermine l'atrophie des éléments nobles et constituent l'hypertrophie du tissu conjonctif; d'autre part, l'inflammation des parois artérielles peut atteindre la périartère et s'étendre au tissu conjonctif ambiant. Quoi qu'en dise Huchard, il faut séparer radicalement la sclérose dystrophique et la sclérose inflammatoire d'origine artérielle. La première se produit seule, quand il n'existe que des lésions athéromateuses absolument torpides. Ces lésions créent, en effet, des méiopragies et des atrophies partielles des organes atteints par la suppression de champs circulatoires limités; du tissu conjonctif scléreux survit à peu près seul dans le domaine des artérioles oblitérées. Ce tissu ne prend qu'incomplètement la place des autres tissus moins résistants, et l'organe, dans son ensemble, diminue de poids et de volume.

Les lésions artérielles inflammatoires se comportent autrement. Elles déterminent autour d'elles une zone d'inflammation interstitielle, peuvent, s'il y a obstruction, s'accompagner de quelques zones d'atrophie ischémique, mais surtout provoquent des troubles de nutrition et de fonctionnement des plus marqués, qui se révèlent par des augmentations de

(1) Voir les nos 37 à 41 de l'*Union médicale*.

volume liées à la congestion et à l'hypertrophie de tous les éléments de l'organe. Dans les parois artérielles, dans les plaques scléreuses, on trouve des infiltrations embryonnaires ou tout au moins des fibres néoformées, jeunes, et non des îlots de dégénérescence graisseuse, des fibres denses et misérables.

Du reste, il y a tous les degrés entre l'artérite la plus aiguë et la dégénérescence athéromateuse la plus rapide. Chez un même sujet, on peut rencontrer de plaques d'athérome calcifié à côté de plaques molles d'endartérite aiguë.

Outre les scléroses artérielles et en dehors d'elles, il existe une grande classe d'inflammations interstitielles primitives, trouvant leur localisation première dans le tissu conjonctif des lésions interviscérales et des espèces organiques.

D'une manière très générale, l'inflammation du tissu conjonctif se traduit soit par la surproduction de sa substance intercallaire, soit par la prolifération de ses cellules fixes; ces deux éléments du processus sont généralement en sens inverse l'un de l'autre. On peut diviser en deux groupes les inflammations conjonctives. Dans l'un, les proliférations cellulaires sont prédominantes, et le tissu inflammatoire est composé de cellules jeunes. Ce premier groupe mérite le nom de fermentations. Le mode spécial de destruction des cellules proliférées, par suppuration (virus pyogènes), en caséification (syphilis, ou tuberculose), caractérise les diverses fermentations. L'intensité de la sclérose est en rapport inverse avec la puissance destructive de la fermentation, puisqu'elle est fonction du membre et de l'activité des cellules qui survivent; c'est pourquoi, toutes choses égales, d'ailleurs, elle est plus marquée du point de la tuberculose que du point des suppurations. La détermination des formes atténuées du groupe fermentatif est très délicate. L'atténuation des virus ferments se révèle d'abord par la torpeur relative des proliférations cellulaires, puis par l'absence des lésions destructives de ces cellules proliférées; enfin, par la surproduction des fibres au lieu de leur raréfaction.

Le second groupe d'inflammations interstitielles est caractérisé par la rareté relative, ou même l'absence des proliférations cellulaires, par la survivance des cellules proliférées, par la prédominance des modifications des substances intercellulaires, variant d'une simple tuméfaction à une surproduction plus ou moins considérable. Par là, ce second groupo mérite le nom d'inflammations plastiques.

Les inflammations de ce groupe sont elles-mêmes multiples. Les unes sont fluxionnaires, le plus souvent transitoires et curables ; les autres, plus fixes, plus stables, plus proliferatives.

Les inflammations plastiques relèvent de causes pathogènes multiples. Les unes sont simplement toxiques (alcoolisme et saturnisme), les autres sont virulentes mais relèvent de virus mal connus (rhumatisme articulaire aigu).

Les inflammations interstitielles sont des lésions locales, car la cause qui les engendre frappe à l'origine une espèce déterminée d'éléments anatomiques; mais le tissu atteint étant répandu dans tout l'organisme, les localisations peuvent être multiples. Souvent plusieurs localisations éloignées apparaissent simultanément ou à intervalles rapprochés.

Les causes secondes qui fixent l'action pathologique et commandent les localisations sont très complexes : l'hérédité des vulnérabilités locales, les tares laissées par des maladies antérieures, etc., créent des lieux de moindre résistance. Les solidarités fonctionnelles, les conversions circulatoires interviennent souvent pour associer des localisations.

On peut rencontrer isolément ou à l'état d'association polyviscérales, les néphrites, les myocardites, les hépatites, des pneumonies, des gastrites, des colites, etc. Généralement les pneumonies interstitielles sont méconnues, prises pour des poumons cardiaques, des bronchites albuminuriques. Nombre de délires, dits cardiaques, ne sont autre chose que des encépbalites interstitielles.

Les artérites, comme l'artério-sclérose, ne sont autre chose que des inflammations interstitielles vasculaires. Cette donnée explique que des lésions arterielles puissent s'associer, sans les engendrer, avec des inflammations interstitielles viscérales, et que des lésions interstitielles primitives puissent déterminer la production secondaire de lésions artérielles locales. Ce n'est que quand les lésions siègent sur les gros vaisseaux ou des vaisseaux moyens éloignés des espaces interstitiels viscéraux que l on peut les dire primitives.

L'existenco d'une inflammation interstitielle univiscérale est généralement facile à constater. Quand il s'agit d'inflammations polyviscérales, on doit se demander si l'on est en présence de lésions multiples, parallèles et autonomes, ou d'une lésion primitive avec des lésions secondaires et subordonnées, et dans ce cas quel est l'organe dont la lésion est primitive. Il faut ensuite résoudre la question essentielle de la nature du processus et de sa modalité, donnés qui en clinique ont une importance prépondérante.

On doit considérer comme local et autonome, indépendamment de son rang d'opposition, toute inflammatian interstitielle viscérale qui se révèle à l'observateur par l'ensemble des symptômes propres à l'organe intéressé, tels qu'ils se rencontrent dans les inflammations interstitielles primitives et isolés de cet organe. C'est ainsi que l'arythmie accusée révèlera la myocardite interstitielle.

Il peut y avoir dans toutes ces maladies une seule localisation prédominante, mais, d'autres fois, deux ou plusieurs sont à peu près parallèles.

Très souvent les atrophies ischémiques et par conséquent la sclérose dystrophique sont latentes en clinique. Cela tient à ce qu'elles n'engendrent de troubles que dans la mesure du rôle physiologique des espaces supprimés, sans exercer d'influence perturbatrice sur le voisinage. Dans le système nerveux, où ces divers territoires ont un rôle physiologique indépendant des symptômes, apparaissent même pour des nécrobioses passives et limitées.

Le traitement doit être dominé par la double détermination de la nature pathogène de la maladie et de la modalité anatomique des lésions.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CLERMONT

Que doit-on entendre par cure thermale? — Rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires. — M. J. Janicot (de Pougues), rapporteur.

Il ne semble pas que la double question qui nous est posée ait fait l'objet d'aucune étude d'ensemble, du moins dans les termes dans lesquels elle est formulée. C'est, du reste, croyons-nous, la raison principale qui a engagé le Comité d'organisation du Congrès à la mettre à l'ordre du jour de nos travaux et de nos discussions. Mais cette raison ne laisse pas que d'être un embarras sérieux pour votre rapporteur, obligé qu'il sera d'apporter des opinions assez personnelles, n'ayant par suite qu'une valeur relative, au lieu de pouvoir s'appuyer sur des opinions faisant autorité et d'exposer *surtout l'état actuel* de la question, conformément à la recommandation qui a été faite à tous vos rapporteurs. On l'excusera donc si sa façon d'envisager la cure thermale en général et le rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires prête à controverse et n'a pas toute la précision désirable.

I

Tout d'abord, que doit-on entendre par cure thermale? L'expression « cure hydro-minérale », ou mieux encore « cure hydro-thermo-minérale », serait plus rigoureuse, plus exacte, que celle de « cure thermale ». La minéralisation naturelle de l'eau représente, en effet, en médecine hydrologique, un facteur plus général et plus important que la thermalité. Mais tout le monde s'entend sur le vocable « cure thermale », qui a l'avantage d'être plus concis et que l'usage

Quem penes arbitrium est, et jus, et norma loquendi

a consacré. Il n'y a donc aucun inconvénient sérieux à le conserver. Par conséquent, nous appellerons cure thermale un traitement par les eaux minérales froides ou chaudes (mésothermales ou hyperthermales), de même que nous désignerons sous le nom d'eaux minérales aussi bien les eaux fortement minéralisées que celles qui le sont peu ou presque pas, mais dont la clinique a cependant consacré l'action.

Ceci convenu, qu'est-ce qu'une « cure thermale »?

A première vue, et envisagée théoriquement, la question paraît fort simple. Il semble qu'elle comporte tout uniment cette réponse : une cure thermale, c'est un traitement fait avec une eau minérale naturelle, au lieu d'émergence de cette eau.

Mais si on se place — et nous croyons indispensable de le faire — sur le terrain de la pratique et bien en face des multiples exigences de la médecine hydrologique, le problème à résoudre est beaucoup plus compliqué; du moins il nous paraît tel. Cela provient surtout, si nous ne nous trompons, de ce que la question de thérapeutique proprement dite qu'il soulève, se double à peu près toujours d'une question de déontologie médicale. Or, si la première ne comporte pas de sérieuses difficultés pour un médecin un peu instruit et expérimenté dans l'usage de son eau, la seconde est maintes fois de nature à rendre perplexe le plus avisé et le plus honnête; à preuve les opinions dissemblables que nous avons recueillies auprès de collègues aussi recommandables par leur caractère que par leur savoir.

Le côté déontologique est le suivant :

Dans l'immense majorité des cas, une « cure thermale » met en rapport trois personnes : un médecin qui envoie un malade dans une ville d'eaux, ce malade et le médecin auquel il est provisoirement confié. Que si, par hasard, le malade vient à nous de lui-même, sans avoir consulté aucun médecin, le problème est beaucoup plus simple, puisqu'il est réduit à la question de thérapeutique. Mais ce cas est très exceptionnel et nous n'avons pas à le regretter, bien loin de là, attendu que les renseignements que nous fournissent les médecins ordinaires des malades sur les antécédents héréditaires ou personnels de leurs clients, sur leur tempérament, leurs habitudes, les conditions physiques ou morales dans lesquelles ils nous arrivent, etc., sont pour nous d'un très grand secours. On se trouve donc presque toujours dans les conditions que nous énonçions plus haut. On est trois. Or, chacun des trois est porté à envisager la « cure thermale » sous un angle un peu différent. D'où les difficultés pour la définir.

Je m'explique.

Le médecin qui envoie le malade, et qui est généralement son médecin habituel, ne serait guère embarrassé pour dire ce qu'il entend par « cure thermale ». Il en donnerait la définition simple que nous indiquions tout à l'heure; de même que, s'il adressait son client à un électricien, ce serait pour qu'on le soumît à un traitement électrique et nullement à un autre traitement; de même, lorsqu'il l'envoie dans une ville d'eaux, c'est pour qu'on le traite par l'eau qui caractérise cette station et non par autre chose.

En outre, il l'envoie dans un but déterminé, avec un objectif limité, à savoir pour modifier un état diathésique, ou ses manifestations locales, ou encore une affection chronique, contre lesquels la thérapeutique pharmacologique a été impuissante ou insuffisante — inférieure qu'elle est très souvent à ces modificateurs énergiques des états constitutionnels que sont les eaux minérales naturelles. Il va de soi que ce médecin compte aussi le plus souvent, dans une certaine mesure, sur ce qu'on a appelé justement « les auxiliaires des sources minérales et des cures thermales », à savoir le changement d'air, de milieu, d'habitudes, le repos cérébral et physique, quelques distractions, etc., auxiliaires dont il ne faut ni exagérer ni méconnaître l'importance, mais enfin « auxiliaires » et rien de plus. Que si le malade a, en plus de l'affection pour laquelle on nous l'adresse, une maladie à côté, sans rapports ou n'ayant que des rapports très éloignés avec la première et ne relevant pas du traitement hydrique, le médecin habituel entend que nous ne nous en occupions pas. Elle est, dans

sa pensée, tout à fait en dehors de la cure thermale et de nos attributions.

Nous ne croyons pas nous tromper en disant que l'immense majorité des médecins qui nous confient leurs clients comprennent de la sorte, et pas autrement, une « cure thermale ». Disons tout de suite qu'ils ont *presque* complètement raison. Nous nous expliquerons bientôt sur cette restriction.

Mais le malade?

Celui ci envisage souvent la chose à un point de vue un peu différent, c'est-à-dire moins restreint. Assurément, il sait qu'il vient surtout demander à une eau minérale déterminée la guérison ou l'amélioration d'un état constitutionnel ou d'une maladie chronique également déterminés, ou qui sont censés l'être; mais s'il s'imagine — ou si on lui persuade — qu'en dehors de « l'eau » il retirera bénéfice de l'emploi d'agents thérapeutiques tout différents, l'électrilisation, le massage, par exemple, ou même de médicaments empruntés à la matière médicale mais qu'on ne lui a pas encore conseillés, il ne demandera qu'à essayer. En outre, sa « cure thermale », ce n'est pas seulement le traitement de l'affection pour laquelle on l'envoie, c'est tout ce qui pourra, dans le présent et dans l'avenir, être utile à sa santé, envisagée d'une façon générale et sous toutes ses faces. Puisqu'il s'est déplacé — ce qui est ordinairement un sacrifice pour lui, — il trouve tout naturel de tirer de ce déplacement le maximum de profit; en quoi, avouons-le, nous raisonnerions exactement comme lui.

Mais ce n'est pas tout. S'il habite un petit centre, il est porté à penser que le médecin de ville d'eau auquel son médecin ordinaire l'adresse a une valeur supérieure, non seulement en matière hydrologique — ce qui va de soi — et pour le genre de maladies qu'on traite plus particulièrement dans la station — ce qui serait encore assez naturel, — mais aussi pour ce qui est de la médecine générale et d'une chirurgie spéciale (opérations sur le naso-pharynx et le larynx dans les stations où on traite les maladies chroniques de ces organes; opérations sur l'urètre et la vessie dans d'autres stations; sur l'utérus là où on s'occupe des affections de la matrice et de ses annexes, etc.). De là à nous demander ou à accueillir des conseils, un traitement, voire une intervention d'ordre chirurgical pour des états pathologiques eu dehors de celui pour lequel seul une cure d'eau a été conseillée, il n'y a parfois qu'un pas (1).

Voilà donc, si nous ne nous trompons, deux façons un peu différentes d'envisager une cure thermale, à savoir celle des médecins ordinaires des malades et celle des malades eux-mêmes.

Et nous? Quelle doit être notre opinion et, par suite, notre conduite? En d'autres termes, qu'est-ce qu'une « cure thermale » au point de vue de la médecine hydrologique et de ceux qui l'exercent? Que devons-nous prendre ou rejeter dans les deux façons de voir dont nous venons de parler, étant donné que nous avons tout à la fois des obligations vis-à-vis du malade et vis-à-vis du médecin qui nous l'a confié?

Faute d'en trouver une meilleure, nous proposerons la définition suivante d'une cure thermale :

On appelle cure thermale l'application, pendant un temps variable, à une diathèse, ou à ses manifestations locales, ou à une maladie chronique, des ressources spéciales d'une station, dans les conditions où elles peuvent rendre le plus de services aux malades.

Développons et essayons de justifier, à notre point de vue tout au moins, les termes essentiels de cette définition. Ce sera, en fait, répondre en grande partie à la deuxième question visée dans ce rapport, à savoir celle du rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires. A proprement parler, les deux questions n'en font qu'une, et il nous serait impossible de légitimer notre définition de la « cure thermale » sans nous arrêter, chemin faisant, à ce que l'on appelle d'un terme assez vague « médications accessoires ».

Ce serait faire perdre inutilement au Congrès un temps précieux que discuter ici sur ce vieux et vénérable terme de « diathèse ». On sait qu'on avait voulu le rejeter complètement de la terminologie médicale, sous prétexte qu'il manquait de précision et qu'il était plus nuisible qu'utile, mais que l'on a été obligé d'y revenir faute de pouvoir désigner autrement tout cet ensemble si intéressant de faits pathologiques auquel il correspond. Qu'une « diathèse » soit un *état morbide*, apparent ou latent (Grasset), ou simplement une *prédisposition générale* à contracter un certain nombre de maladies qui sont supposées avoir un lien commun (Bouchard) et qui, en fait, semblent bien l'avoir; qu'il y ait seulement deux diathèses, arthritisme et scrofule (Bouchard), herpétisme et scrofule (Lancereaux); qu'il y en ait trois, arthritisme, scrofule et herpétisme (Hallopeau), ou même davantage (Grasset), peu nous importe ici. Il suffit de s'entendre sur le sens de ce mot, et nous savons tous ce que nous voulons dire par là. Quant au terme : maladie chronique, il s'explique de lui-même.

Or, dire qu'une cure thermale consiste dans l'application à une *diathèse* ou à une *maladie chronique* des ressources *spéciales* d'une station, c'est tout d'abord éliminer, par définition, les interventions plus ou moins chirurgicales que certains de nos collègues font rentrer, à tort, suivant nous — mais pour les répudier, du reste — dans les médications dites accessoires. Elles ne sont pas « accessoires », elles sont étrangères à la cure thermale; ce ne sont pas des « médications », ce sont des « interventions opératoires », et les « ressources spéciales d'une station » n'ont évidemment rien de commun avec un matériel chirurgical.

Relativement à ces interventions, que nous désirerions voir proscrire expressément par le Congrès comme étant — sauf les cas d'urgence et ceux dans lesquels elles nous sont demandées par les médecins ordinaires des malades — tout à fait en dehors de notre mission et de nos attributions, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons eu l'occasion d'en dire ailleurs (1) et que nous vous demandons la permission de rappeler. Ou nous nous trompons fort, ou il y a là une question d'une assez grande importance pour l'avenir de nos stations, le corps médical — celui des grandes villes tout au moins — étant porté, sur ce point, à généraliser quelques faits particuliers excessivement rares que nous serions unanimes à blâmer. Voici en quels termes nous nous exprimions :

« Dans quelle mesure sommes-nous autorisés à sortir du traitement hydrominéral proprement dit pour appeler à son aide — si aide il y a — certains traitements d'ordre un

(1) Serait-ce parce que les malades le franchissent aisément d'eux-mêmes, ou pour toute autre cause, que l'on aurait vu parfois, dit-on, dans quelques stations thermales, le massage et les électrisations des trois genres intervenir presque à jet continu; des polypes laryngés extirpés; des amygdales ou des végétations adénoïdes du naso-pharynx enlevés; des calculs vésicaux lithotritiés; des utérus cautérisés, curettés, et même supprimés?

(1) L'exercice de la médecine thermale au point de vue de la déontologie médicale. (In *Bulletin de l'Association syndicale professionnelle des Médecins de la Seine*, n° 4, 15 avril 1893, et tirage à part.)

peu chirurgical ou physico-chimique, comme, par exemple, les cautérisations de l'utérus, du larynx. l'ablation de végétations du naso-pharynx, les cathétérismes de l'urètre, l'électrisation, etc. ?

« Qu'un médecin qui a dans son outillage balnéaire d'excellents moyens de traiter certains états congestifs ou inflammatoires de l'utérus et des annexes, pratique un examen préalable au spéculum, *s'il n'est pas exactement renseigné*, rien de plus légitime. On ne saurait, non plus, lui reprocher de se rendre compte, au milieu et à la fin du traitement, par un nouvel examen, de ce que la balnéation bien comprise (chaleur sans pression ni chocs) lui aura donné comme résultats. *A fortiori*, si une métrorragie survient par hasard pendant la cure, il est clair qu'il doit intervenir. Mais en dehors d'exceptions de ce genre, je dirai que les utérus ne nous regardent pas; que les cautérisations, même si elles sont indiquées, appartiennent en propre au médecin ordinaire des malades; qu'elles n'ont ja mais un véritable caractère d'urgence; qu'au surplus, ce que nous pourrions faire ou rien, dans la majorité des cas, en trois ou quatre semaines, est à peu près la même chose, a moins de précipiter les séances, ce qui serait une faute grossière.

« Je dirai de même que les cautérisations du pharynx, du larynx ou des cornets, le grattage ou l'extirpation des adénoïdes pharyngées peuvent être parfaitement légitimes si les médecins ordinaires des malades, n'étant pas spécialistes, habitant de petits centres, ne sont pas à même de satisfaire, après la cure, à ces diverses indications, dont plusieurs réclament un matériel spécial, tel que le galvano-cautère. Au surplus, en pareils cas, les confrères des stations auxquelles on envoie cette catégorie d'affections ont un moyen bien simple de se mettre à convert. Il leur suffit, pour cela, avant d'intervenir, d'expliquer la situation aux médecins des malades et de leur demander, en quelque sorte, leur autorisation. Elle ne leur sera, j'en suis convaincu, jamais refusée, et on leur sera très reconnaissant de cette marque de déférence; mais si les médecins des malades sont spécialistes, il est évident que le médecin d'eaux doit s'abstenir des interventions dont je parle — les cas d'urgence exceptés.

« Sans vouloir multiplier les espèces, je dirai que l'urètre et la vessie nous commandent les mêmes réserves et la même abstention que les utérus. Si un urinaire nous arrive avec un canal rétréci, mais qui lui suffit provisoirement pour le nécessaire, que devrait-on penser de celui qui en profiterait pour tâcher de la dilater? Inversement, si, par exemple, l'origine urineuse d'une dyspepsie a été méconnue par le médecin ordinaire d'un malade, nous serions évidemment coupables de ne pas associer à la cure hydro-minérale — condamnée à rester stérile sans cela — l'évacuation et le lavage de la vessie. On aura soin, seulement, de dire au malade que cette intervention — dont les résultats ne sauraient manquer de le frapper — ne pouvait être efficace qu'associée à la cure thermale. De la sorte, on sauvera tout. »

Après avoir délimité la sphère d'action des cures thermales — diathèses, maladies chroniques, et pas autre chose — nous arrivons maintenant aux moyens d'action que cette cure peut et doit mettre en œuvre, *pendant un temps variable*, pour atteindre son but. « Pendant un temps variable » exprime cette chose élémentaire et de bon sens, que la durée d'une cure thermale ne saurait être limitée au chiffre banal de 21 jours, mais qu'elle varie suivant les cas et maintes circonstances particulières. Je n'insiste pas.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1896

Les deux faits suivants que rapporte M. LANCEREAUX montrent d'une façon évidente l'influence néfaste de *l'alcoolisme chez les enfants*.

Le premier concerne une enfant de treize ans et demi, née d'un père alcoolique mort d une cirrhose hépatique et d'une mere également alcoolique; cinq fréres ou sœurs sont morts en bas âge; elle a encore un frere de vingt-six ans. Depuis l'âge de trois ans, elle prend 500 grammes de vin par jour; elle a eu une fièvre typhoïde, une pleurésie purulente, une pneumonie. Elle présente l'aspect d'un enfant de neuf ans; sa taille est de 1 m. 25; elle est maigre, pâle, et ne présente aucune trace de puberté; cœur volumineux, abdomen volumineux, météorisme et ascite, foie et rate volumineux, urines albumineuses. Elle a eu à plusieurs reprises des accidents urémiques.

La seconde observation a trait à une jeune fille de quatorze ans, dont le pére est mort de cirrhose hépatique, et dont la mère est aussi alcoolique. Dès l'âge de vingt-deux mois, elle a bu du vin; depuis l'âge de deux ans, elle boit de 500 grammes à 1 litre de vin par jour.

Actuellement, elle a l'aspect d'un enfant de cinq à six ans; sa taille est de 96 centimètres; le thorax est rétréci, le ventre volumineux; il y a de l'ascite, les veines sous-cutanées abdominales sont développées; cœur, foie et rate volumineux; urines albumineuses, atrophie et parésie des membres inférieurs, digestions défectueuses, accidents urémiques.

Chez ces deux malades, ces accidents se sont amendés sous l'influence du régime; mais elles restent toujours infantiles.

M. Lancereaux a pu expérimentalement arrêter la croissance de lapins auxquels il faisait absorber de l'alcool et produire des lésions viscérales assez intenses pour entraîner la mort.

— M. HERVIEUX répond ensuite aux quatre questions posées par le secrétaire général de la Société Russe, chargée d'organiser la célébration du centenaire de Jenner.

1° *Qui a introduit la vaccine en France?* — C'est le duc de La Rochefoucauld Liancourt. Ancien officier, puis agriculteur, il avait, à son retour d'Amérique, où les troubles de la patrie l'avaient exilé, séjourné quelque temps en Angleterre. C'est là qu'il eut connaissance de l'ouvrage de Jenner et qu'il fut témoin des résultats qu'il obtenait par l'inoculation du vaccin.

2° *A quelle époque eut lieu cette introduction?* — C'est le 11 mai 1800, que le duc de La Rochefoucauld, rentré à Paris, communiqua à un certain nombre d'amis et de médecins distingués, ses impressions sur la découverte de Jenner et ouvrit, pour la propagation de la science, une souscription qui fut aussitôt remplie que proposée.

Cette société de souscripteurs comprit bientôt qu'elle ne pouvait atteindre le but qu'elle s'était proposé qu'au moyen d'une longue série d'observations et d'expériences. C'est alors que prit naissance l'idée de constituer un comité permanent, médical, chargé de diriger ces observations et ces expériences.

3° *Dans quelles conditions la vaccine fut-elle introduite en France?* — C'est le 30 mai 1800 que fut nommé le co-

mité médical chargé de pratiquer les vaccinations et d'en constater les effets. Trois commissaires furent chargés des détails d'administration. Mais, pour atteindre son but, le comité avait besoin de l'appui des sociétés civiles. Fort heureusement, le ministre de l'intérieur, Lucien Bonaparte; le préfet de la Seine, Frochot, s'empressèrent de seconder ses efforts par tous les moyens dont ils pouvaient disposer. Il fallait des sujets pour les inoculateurs, les hôpitaux leur furent ouverts. Il fallait au comité du vaccin, pour ses opérations : le ministre des affaires étrangères, Talleyrand Périgord, et le commissaire de la République en Angleterre, Otto, intervinrent pour obtenir de l'Institut vaccinal de Londres, le précieux fluide. Un premier envoi de vaccin avait été adressé de Londres à la Société des souscripteurs, le 29 mai 1800.

Mais, soit par suite de l'ancienneté du vaccin, soit par inexpérience des opérateurs, les premiers essais ne réussirent pas.

Le Dr Woodville, chargé des vaccinations de Londres, vint à Paris et ne réussit pas davantage; mais comme à Boulogne il avait réussi, on fit venir du vaccin frais de cette ville, et cette fois on réussit.

Bientôt les opérations se généralisèrent à toute la France.

Un rapport de Hallé, le 14 mars 1803, et présenté au premier consul, détermine Chaptal à demander à tous les préfets des documents. Le 14 avril 1804, Chaptal fonda une société nouvelle qui prit le nom de Comité central et fut composé des membres de l'ancien comité, de savants et de fonctionnaires.

Dès lors, tous les établissements d'assistance publique, les hôpitaux, les ateliers, l'hospice des Enfants-Trouvés, les sages-femmes, les jurys médicaux, les sœurs de charité concourrent, sur tous les points de la France, à y pratiquer la vaccine. Les préfets et les médecins transmettaient chaque année au ministre leurs rapports sur le sujet.

4° *Quel a été l'initiateur de la vaccine en France?* — Ce ne fut pas Bonaparte, mais sous son consulat, et avec l'appui du premier consul.

En 1809, l'Empereur décréta la conservation obligatoire du vaccin dans les principales villes de France.

En 1820, l'Académie de médecine fut fondée et hérita des fonctions du Comité central, qui resta en fonction cependant jusqu'en 1823.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1896

Traitement des rétrécissements du rectum.

M. Berger se félicite de voir M. Reclus (1) devenir l'un des défenseurs d'une méthode de traitement presque entièrement abandonnée dans ces dernières années, après qu'elle avait été si bien défendue par Gosselin, notamment. La dilatation est, en effet, la méthode la plus simple que l'on puisse appliquer au traitement des rétrécissements du rectum, et suivant l orateur, c'est à elle qu'il faut toujours s'adresser avant d avoir recours à une opération. Toutefois, il ne faut pas demander à cette méthode des résultats trop rapides, car il faut, au contraire, employer la dilatation avec la plus grande prudence, sans précipitation, en laissant entre les séances des intervalles de vingt-quatre ou de quarante-huit heures.

D'autre part, la dilatation se trouve contre-indiquée dans certaines conditions, en particulier lorsqu'il s'agit de rétrécissements très haut situés, parce que, en pareil cas, la dilatation peut provoquer une réaction péritonéale et des accidents infectieux plus ou moins graves; de même aussi quand on a affaire à des malades très affaiblis, chez lesquels il faut obtenir une amélioration rapide et qui, par conséquent, ne bénéficieraient pas assez vite de la dilatation. Chez ces malades, il est nécessaire d'opérer; mais M. Berger préfère alors la rectotomie à l'extirpation, qui ne saurait avoir la prétention de donner plus que la rectotomie des effets curatifs, attendu que, de l'avis même de MM. Quénu et Hartmann, en extirpant le rétrécissement on ne supprime pas la rectite, et l'on a alors souvent des récidives en même temps que l'opération ne met pas les malades à l'abri de l'incontinence.

M. Quénu reconnaît que les rétrécissements du rectum échappent à la thérapeutique curative, et, quels que soient les moyens employés, ne fournissent au chirurgien que des résultats palliatifs. Quand on a pratiqué l'extirpation d'un rétrécissement du rectum, la rectite persiste et la récidive se produit presque toujours.

Il ne faut, d'ailleurs, faire l'extirpation, d'après M. Quénu, que dans les cas où le rétrécissement est très limité; et, lorsque celui-ci a acquis des dimensions trop considérables, M. Quénu préfère la colostomie à la rectotomie.

M. Schwartz se déclare assez satisfait des résultats que lui a donnés la rectotomie; il a eu récemment l'occasion de revoir un ancien opéré chez lequel l'état local était très satisfaisant.

— M. Félizet, à propos d'un mémoire récent de M. Sanderer, relatif à un procédé de tarsectomie postérieure, élève une réclamation de priorité, attendu que ce procédé n'est autre que celui qu'il a décrit lui-même en 1893.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1896

MM. Widal et Sicard, continuant leurs recherches sur les *propriétés agglutinatives du sérum des typhiques*, présentent aujourd'hui de nouveaux faits sur cette intéressante question. Ces auteurs ont retrouvé la réaction du séro-diagnostic dans 17 nouveaux cas légers ou graves de fièvre typhoïde. Ils ont pu, en outre, poursuivre l'étude du phénomène chez 16 malades en convalescence ou apyrétiques, depuis un temps variant entre dix-neuf jours et six mois.

Ils ont pu ainsi assister à la disparition de la réaction agglutinative chez plusieurs malades; il semble que cette disparition se fait d'autant plus vite que la fièvre typhoïde a été plus légère; mais de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour pouvoir affirmer ce fait d'une façon catégorique.

MM. Widal et Sicard ont encore déterminé l'intensité du pouvoir agglutinatif de divers sérums; cela était indispensable pour comparer ce pouvoir chez le même sujet, aux diverses périodes de l affection et pendant la convalescence. On prépare une série de tubes contenant 1, 2, 3, 4, 5 centimètres cubes de bouillon stérile. On ajoute à chacun d eux une goutte de sérum à examiner; on ensemence avec une trace de culture typhique, on met à l'étuve et l'on examine, de douze à vingt quatre heures après l'ensemencement. Si, par exemple, le tube contenant 3 c.c. de bouillon donne des amas nets, et si celui contenant 4 c.c. n'en donne pas, on peut conclure que le pouvoir agglutinatif s'exerce entre 1 goutte pour 60 et 1

(1) Voir *Union médicale*, juillet 1896.

goutte pour 80. Chez les typhiques, le pouvoir agglutinatif oscille, en général, entre 1 pour 60 et 1 pour 80. Il peut atteindre 1 pour 100, mais dépasse rarement cette limite. Chez les convalescents, on voit la puissance agglutinative s'abaisser en général et progressivement tomber à 1 pour 40, 1 pour 20, 1 pour 10 et même plus bas encore. Il faut parfois ajouter 4 ou 5 gouttes de sérum à 1 c.c. de bouillon pour voir la clarification s'opérer après vingt-quatre heures. Le sérum d'individus n'ayant pas eu la fièvre typhoïde peut être mélangé à parties égales avec le bouillon, sans que la réaction agglutinative se produise.

Ajoutons que la réaction se produit alors même que la culture ne contient que des bacilles morts ; d'autre part, il n'est pas indispensable d'avoir une culture de vingt-quatre heures ; on peut se servir d'un bouillon ensemencé depuis plusieurs jours et même plusieurs semaines, mais ayant poussé à la température de la chambre et non à l'étuve.

MM. Widal et Sicard ont été conduits, enfin, à étudier le pouvoir bactéricide des divers sérums qu'ils employaient, par rapport surtout au pouvoir agglutinatif. Leurs recherches montrent que si on laisse le sérum agir sur les bacilles pendant vingt-quatre heures, on voit une action bactéricide s'exercer indifféremment tantôt avec le sérum des typhiques, tantôt avec le sérum d'individus indemnes. On ne peut donc tirer aucune loi de cette action bactéricide ni aucun renseignement au point de vue pratique. Toutefois, ces faits démontrent que le phénomène d'agglutination n'est pas une réaction d'immunité, mais bien une réaction d'infection. Plus on poursuit l'étude des propriétés soit immunisantes, soit bactéricides, soit agglutinatives, plus il semble que, dans le même sérum, elles jouissent entre elles d'une indépendance relative.

MM. Achard et Bensaude confirment ce dernier fait. Ils ont vu du sérum ayant perdu le pouvoir agglutinant au dixième jour de la défervescence, ne présenter aucune différence sous le rapport du pouvoir immunisant, avec le sérum des typhiques.

Ces auteurs ont, en outre, constaté plusieurs fois que le pouvoir agglutinant augmente sous l'influence des rechutes.

ÉCHOS & NOUVELLES

La maison de Bichat. — Le bourg de Thoirette, pays natal de Bichat, se compose aujourd'hui de deux parties : Thoirette-le-Port, de création relativement récente, et Thoirette-en-Haut ou Thoirette-le-Vieux, qui existait seul à la naissance de Bichat. La première partie du village, habitée par des fonctionnaires et des marchands, se compose d'une unique rue parallèle au cours de l'Ain, qui passe à une toute petite distance au-dessous. Les agriculteurs habitent plus haut, au vieux Thoirette. Pour se rendre dans ce hameau, on prend une route montante, partant du milieu et perpendiculaire à la rue du Port. On dépasse d'abord l'église entourée de son humble cimetière, et, quelques centaines de mètres plus haut, les habitations se montrent de chaque côté de la route. Les maisons sont basses, laides, d'aspect misérable. Les paysans assis sur les portes, au regard doux et bienveillant, sont prêts à vous donner tous les renseignements possibles, avec une amabilité inépuisable. Il y aurait à craindre que la mémoire de Bichat n'eût laissé aucun souvenir dans le pays; il n'en est heureusement rien et nos craintes sont vaines : le nom de Bichat est très connu dans ces montagnes et Thoirette est toujours fière de son glorieux enfant.

La rue débouche enfin sur une place spacieuse plantée de noyers, à l'ombre desquels Bichat a dû jouer étant enfant. Au centre, une fontaine laisse couler une eau pure, fraîche et limpide. La maison que nous cherchons ne se montre pas encore à nos yeux ; mais notre hésitation est courte, et à notre demande, le renseignement désiré ne se fait point attendre. Nous prenons une rue à pente très rapide et la dernière maison du village est précisément celle qui est l'objet de notre pèlerinage.

C'est une habitation bien pauvre et d'aspect peut-être encore plus misérable que les autres. Au-dessus de la modeste porte d'entrée, une plaque en marbre noir, très commun, porte l'inscription suivante :

ICI
NAQUIT BICHAT
LE XII NOVEMBRE MDCCLXXI
SOCIÉTÉ D'ÉMULATION DU JURA 1833

La maison bâtie, sur un terrain fortement en pente et à un seul étage, basse déjà du côté inférieur du terrain, est à peine à hauteur d'homme de l'autre côté ; elle porte à la partie supérieure les traces d'une réparation récente faite par le propriétaire ; nous n'avons pu voir ce dernier ni visiter l'intérieur de la demeure.

Du seuil de la maison, le paysage est vraiment admirable. Au travers et au-dessus d'un rideau de noyers, on aperçoit les superbes montagnes du Jura, couvertes de hêtres et de sapins; les méandres de la rivière d'Ain se déroulent au loin et, presque au-dessus de nos têtes, une énorme montagne se dresse, hérissée de rochers sauvages ; de ci, de là quelques vignes se montrent. Le bas de la montagne est couvert de prairies, et de nombreux noyers centenaires donnent leur ombre en abondance. Tel est le paysage qui frappait, il y a plus d'un siècle, les regards du jeune Bichat, et n'est-il pas permis de supposer que la vue de ce tableau, si sévère en hiver, si joyeux et si riant, mais toujours grandiose en été, n'ait eu quelque influence sur les idées théoriques qui dominent l'œuvre du grand anatomiste. Nous pensons donc aux forces vitales que Bichat croyait nécessaires pour expliquer les fonctions des êtres organisés. Sans doute la science a fait de grands progrès depuis le commencement de ce siècle, et la métaphysique des causes perd de plus en plus du terrain, mais faut-il blâmer ce grand esprit d'avoir défendu de nobles illusions? Et nous pensons aussi à cette vie si courte, si bien remplie ; à ce jeune homme impitoyablement fauché en pleine gloire et ravi en quelques jours à l'affection des siens, à la reconnaissance de ses compatriotes et à l'admiration de ses élèves et de ses amis.

C'est en proie à ces réflexions, que nous quittons le seuil de ce modeste logis. (*Revue Scientifique*.)

Le Gérant : O. DOIN.

Paris — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine a vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

Nº 43. L'UNION MÉDICALE 24 Octobre 1896.

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. le Professeur S. DUPLAY.

Tuberculose rétro-calcanéenne (bursite tuberculeuse rétro-calcanéenne). — Leçon recueillie par M. le Dr Clado et revue par le professeur.

Messieurs,

L'affection dont je veux vous entretenir est encore peu connue et vous n'en trouverez pas de description dans vos livres classiques. Elle n'est pas, cependant, exceptionnellement rare, et j'en ai observé plusieurs exemples. Je profiterai de la présence dans nos salles, d'une malade qui en est atteinte, pour l'etudier avec vous. Voici d'abord l'observation de la malade qui nous servira de point de départ pour cette étude :

Le 16 avril, est entré à l'hôpital une femme âgée de trente-quatre ans, actuellement couchée au nº 25 de la salle Notre-Dame.

Ses antécédents héréditaires ne méritent aucune mention. Au contraire, ses antécédents personnels nous fournissent quelques renseignements très importants à retenir au point de vue de son affection actuelle. De six à huit ans, elle a eu la rougeole et la variole. Dans son enfance, elle a souffert d'une ophtalmie, qui a laissé une taie sur l'œil gauche. Régulièrement réglée à partir de quinze ans, elle s'est mariée à vingt-trois ans et a eu trois enfants. Le premier, qui a neuf ans, a été atteint d'adénite cervicale suppurée. Le troisième est mort un mois après sa naissance. Seul, le deuxième enfant, âgé de quatre ans, est bien portant. Il y a quatorze ans, la malade a été atteinte d'une pleurésie de nature douteuse. Enfin, à la suite de la naissance de son dernier enfant, elle a eu des accidents puerpéraux qui ont nécessité un curettage.

Je tiens à faire ressortir, dès maintenant, l'importance de ces antécédents au point de vue de la tuberculose. Nous remarquons, en effet, dans l'enfance de la malade, d'abord, l'ophtalmie ; plus tard, la pleurésie; dans la descendance, la mort prématurée d'un enfant, la tuberculose ganglionnaire chez l'autre. Au surplus, le mari de cette femme est notoirement tuberculeux, et l'état de sa santé ne lui permettant pas de travailler pour subvenir à l'entretien de sa famille, il en résulte une profonde misère pour le ménage, condamné à une nourriture insuffisante et à une habitation des plus malsaines.

Le début de la maladie actuelle remonte au dernier accouchement. Vingt jours après ses couches, il y a deux mois, en commençant à se lever, la malade ressentit dans le pied droit une douleur qui l'obligea à se recoucher. La douleur persista les jours suivants en s'aggravant, en même temps que le pied se tuméfiait au niveau de la malléole externe. Malgré cet état, elle quitte l'hôpital, où elle avait accouché, et vaque tant bien que mal à ses affaires, mais pour venir de nouveau, il y a un mois, à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu, où on lui fait une incision au niveau de la malléole interne. De cette incision il serait sorti très peu de pus ; mais la plaie opératoire ne s'est pas refermée et est restée fistuleuse. A cette fistule se serait jointe spontanément une seconde ouverture.

La région malade nous présente actuellement les particularités suivantes : Il existe au niveau de la malléole externe une tuméfaction occupant l'intervalle qui sépare le tendon d'Achille de la malléole péronière. Cet intervalle, en forme de gouttière à l'état normal, est ici complètement effacé par la présence de la tuméfaction, laquelle empiète à la fois sur le bord du tendon d'Achille et sur la surface malléolaire externe, tout en s'étendant en bas jusqu'au calcanéum, et en haut jusqu'à 2 centimètres de la pointe de la malléole. La peau, à ce niveau, est d'un rouge violacé et percée de deux orifices fistuleux ; l'un, le plus large, est situé au centre de la tuméfaction, l'autre, un peu plus en arrière, sur le bord externe du tendon d'Achille. Je vous rappelle que le premier est le reliquat de l'incision pratiquée il y a un mois, tandis que l'autre s'est produit spontanément.

La région interne du cou-de-pied nous offre des lésions semblables à celles de la région externe, moins les fistules. Elle est, en effet, tuméfiée à peu près dans les mêmes proportions et dans les mêmes limites : la tuméfaction remplissant l'espace situé entre la malléole interne et le tendon d'Achille.

L'examen de la région nous montre dans la partie centrale une induration inflammatoire assez consistante, et, à la périphérie, une auréole œdémateuse.

Au repos, il existe de la douleur, mais peu vive. Par la marche, au contraire, la malade souffre notablement, principalement au talon, et éprouve une sensation de tension localisée au tendon d'Achille. La douleur à la pression doit être recherchée avec soin, car ce symptôme a une très grande importance au point de vue de la localisation des lésions, ou tout au moins de la détermination de leur siège principal. Lorsqu'on presse avec l'index successivement sur les saillies osseuses, on constate que la douleur est nulle au niveau de la malléole interne et sur les os du tarse, sauf le calcanéum, qui est un peu douloureux dans son segment postérieur. Au contraire, lorsqu'on presse au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, la douleur y est tellement vive qu'elle arrache des cris à la malade. Dès à présent, j'insiste sur cette particularité que le maximum de la douleur occupe la partie postérieure du calcanéum au niveau de l'insertion du tendon d'Achille.

L'état général de la malade est assez médiocre, quoique amélioré depuis son séjour à l'hôpital, grâce au traitement par l'huile de foie de morue et la créosote, au repos, et à une alimentation suffisante. Malgré cette amélioration, la malade conserve néanmoins l'aspect d'une tuberculeuse. Elle est maigre, pâle; ses muqueuses sont décolorées; elle éprouve une profonde lassitude et se sent privée de forces.

Cet état général répond, du reste, à l'état des poumons. Il existe, en effet, aux deux sommets, de la matité, une respiration soufflante et des râles souscrépitants assez nombreux. Les autres appareils de l'organisme fonctionnent normalement. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le diagnostic peut se résumer en deux mots : inflammation chronique siégeant au niveau de l'espace rétro-malléolaire, et ayant abouti à la suppuration. L'existence et la persistance des fistules nous autorisent à soupçonner une lésion osseuse, localisée au calcanéum. Les résultats fournis par le cathétérisme, non seulement confirment ce diagnostic, mais permettent d'en préciser les détails. Le stylet nous conduit, en effet, dans une cavité circonscrite, limitée en avant par la malléole externe, et en arrière par le tendon d'Achille; mais il est permis d'éliminer la malléole interne, en raison de l'absence de tout gonflement et de son indolence complète à la pression; elle n'offre, d'ailleurs, aucun point dénudé, accessible au stylet. Au contraire, celui-ci nous conduit sur un point du calcanéum, dénudé et friable, en avant des insertions tendineuses du triceps sural.

Nous nous trouvons donc en présence d'une ostéite localisée en un point très circonscrit du calcanéum. Quelle est la nature de cette ostéite, et quelle est la raison de cette localisation ? Nous pouvons tout d'abord répondre catégoriquement qu'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse. Sans avoir recours à l'examen microscopique du pus, qui permet rarement, en cas de tuberculose, de constater la présence du bacille de Koch, sans attendre les résultats des inoculations en série, plus probants en pareils cas, les seuls antécédents de la malade suffisent pour nous fixer sur la nature de la maladie. J'ai déjà insisté sur l'enfance de la malade, sur la pleurésie dont elle a souffert, sur la tuberculose avérée dans sa descendance, enfin sur la tuberculose pulmonaire incontestable dont elle est atteinte. Ces commémoratifs nous permettent d'établir le diagnostic d'ostéite tuberculeux du calcanéum.

On pourrait même, à l'occasion de l'étiologie de cette tuberculose, soulever une question intéressante, mais dont la discussion nous entraînerait trop loin; aussi je me borne à vous signaler cette particularité que le mari de la malade étant notoirement phtisique, et cela depuis fort longtemps, il est permis de se demander s'il ne s'agirait pas ici d'une transmission de la tuberculose par contagion, chez une malade d'ailleurs prédisposée, comme le montre une série de lésions antérieures qu'on rattache généralement au lymphatisme.

Quoi qu'il en soit, messieurs, nous devons maintenant répondre à la seconde question que nous avons posée, et rechercher quelle est la raison de cette localisation au calcanéum, dans un point aussi limité, répondant aux insertions du tendon d'Achille.

Depuis longtemps, mon attention avait été attirée sur cette affection spéciale qui a déjà fait l'objet d'une leçon clinique à la Charité. M. Clado, de son côté, a publié, sous le titre de *Tuberculose rétro-malléolaire*, un mémoire très étudié sur la même question, basé sur une quinzaine d'observations. Les résultats auxquels nous sommes arrivés sont à peu près conformes.

Il existe, à la face postérieure du talon, une disposition anatomique de la région rétro-calcanéenne, que je vais résumer brièvement et qui nous donnera la solution de la question que nous nous sommes posée. Sur le plan osseux, représenté par les faces postérieures des extrémités inférieures du tibia et du péroné, repose une couche tendineuse qui s'y trouve appliquée par une aponévrose forte et résistante. Le tendon d'Achille, engainé dans un feuillet aponévrotique, est séparé de la couche précédente par un espace triangulaire, rempli de tissu cellulo-graisseux. Cet espace, bridé de chaque côté par l'aponévrose jambière, est fermé en bas par l'extrémité postérieure de la face supérieure du calcanéum. Le tendon d'Achille, qui vient comme vous savez, s'insérer sur la moitié inférieure de la face postérieure du calcanéum, est séparé de la moitié supérieure de cette face par une bourse séreuse. Or, c'est là qu'est,

pour ainsi dire, le nœud de la question qui nous occupe.

Cette bourse séreuse, en effet, peut devenir malade sous diverses influences. Son inflammation, *bursite rétro-calcanéenne*, se remontre quelquefois dans la blennorrhagie, ainsi que j'en ai observé des exemples. Plus fréquemment, on voit s'y localiser la tuberculose.

On ne peut donner d'autres explications de la fréquence de la localisation en ce point que celle des frottements considérables que la marche y détermine, et qui s'exagèrent dans certaines conditions sociales. C'est ainsi que nous trouvons signalées, parmi les observations de M. Clado, les professions de femmes de chambre, de valets de chambre, de commissionnaires, de garçons épiciers. Chez notre malade, dont le pied droit, comme je l'ai dit, se trouve atteint, nous pouvons noter treize ans de travail à la machine à broder, laquelle est actionnée exclusivement par le pied droit. Je dois encore vous rappeler que les premières atteintes de la maladie se sont montrées après la dernière couche, laquelle a présenté des suites mauvaises, ayant nécessité un curettage intra-utérin. Ces accidents post-puerpéraux étaient-ils dus à la blennorrhagie ou simplement à la puerpéralité ? Nous l'ignorons, mais cet état infectieux n'est pas à négliger, et on est autorisé à supposer qu'il a pu produire une inflammation de la bourse rétro-calcanéenne, déjà prédisposée par les conditions étiologiques professionnelles rappelées plus haut, et que cette *bursite* préexistante a favorisé singulièrement la manifestation de la tuberculose.

Dans ses recherches, M. Clado a observé l'inflammation simple de la bourse séreuse rétro-calcanéenne, la tuberculose localisée aux extrémités osseuses qui limitent la région, ainsi que le dépôt à froid du tuberculome dans le tissu graisseux.

Il peut se faire, en effet, que la lésion tuberculeuse affecte primitivement le calcanéum, dans le point qui répond aux insertions du tendon d'Achille; mais, à mon avis, la synovite tuberculeuse primitive de la bourse rétro-calcanéenne est de beaucoup la plus fréquente. J'en ai, en effet, observé des exemples sans lésions osseuses ; de plus, dans d'autres cas où la lésion osseuse existait, cette dernière était très limitée, alors que toute la bourse rétro-calcanéenne, ainsi que les tissus ambiants, étaient le siège d'un gonflement considérable dû à la production d'abondantes fongosités.

En résumé, nous dirons donc que notre malade est atteinte d'une ostéite tuberculeuse du calcanéum, circonscrite au voisinage de l'insertion du tendon d'Achille, et due à une synovite tuberculeuse de la bourse rétro-calcanéenne.

Le pronostic de la tuberculose de la bourse rétro-calcanéenne est grave, d'abord par la persistance et la ténacité de l'affection, et par l'impotence fonctionnelle qu'elle détermine, mais surtout parce que, quand elle est négligée, elle peut, comme chez notre malade, se propager au calcanéum, aux bourses séreuses rétro-tibiales, et même à l'articulation. Je relève, dans le mémoire de M. Clado, des cas qui ont conduit à l'amputation du pied. Enfin, comme dans toute tuberculose, le pronostic est assombri par la possibilité d'une infection générale de l'organisme.

Chez notre malade, le pronostic est particulièrement mauvais, par suite de l'envahissement du calcanéum, et par l'existence d'une tuberculose pulmonaire qui, très vraisemblablement, continuera à évoluer, même après guérison de la tuberculose locale. Toutefois, la lésion pulmonaire n'est pas assez avancée pour interdire une intervention opératoire contre les lésions de la bourse et du calcanéum. Au contraire, cette intervention ne peut qu'exercer une action favorable en faisant disparaître un foyer local qui contribue à l'infection générale. Elle permettra de plus à la malade de reprendre l'usage de son membre, et par conséquent de se livrer à l'exercice.

Au début de l'affection, le traitement se réduit à peu de chose : il n'est autre que celui qu'on oppose d'ordinaire aux tuberculoses localisées. Cependant Verneuil et Clado ont obtenu de bons effets par le surchauffage de la région, suivant leur procédé.

Dès que le diagnostic de bursite fongueuse ou de tuberculose rétro-molléculaire est confirmé, je conseille l'intervention chirurgicale qui doit établir une large ouverture d'un seul côté du tendon d'Achille ou des deux côtés à la fois, si cela paraît nécessaire pour détruire complètement les tissus malades.

L'ouverture pratiquée, il faut procéder à un curettage soigné de la bourse rétro-calcanéenne, et rechercher attentivement s'il existe une lésion osseuse. Dans ce cas, on évidera largement l'os, en conduisant la curette jusqu'au tissu osseux sain. Vous ne craindrez pas de dépasser largement les limites de la lésion, et de faire plutôt plus que moins. En effet, une opération parcimonieuse conduirait infailliblement à une récidive. J'ai vu plus d'une fois ces opérations incomplètes nécessiter une nouvelle intervention pour obtenir la guérison définitive.

Protection des enfants. — Par arrêté en date du 30 septembre 1896, M. le Préfet de police vient de nommer membre du Comité départemental de protection des enfants du premier âge du département de la Seine, en remplacement de M. Rochard, décédé, M. Albert Josias, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

Hier s'ouvrait la dixième session de l'Association française de Chirurgie. Pour la dixième fois, les chirurgiens de Paris conviaient leurs collègues de la province et de l'étranger à venir mettre en commun leurs idées, leurs inventions, leurs pratiques; et surtout à venir leur serrer la main et fraterniser avec eux, car, je l'ai dit dernièrement à Genève et je le répète, la partie la plus intéressante d'un Congrès, c'est la *partie extra-scientifique*, c'est le temps passé à se voir, à échanger en peu de mots et sans phrases officielles les opinions qu'ont débite péniblement à la tribune, à se persuader insensiblement, à s'estimer, à s'entendre. La *partie scientifique*, ébauchée dans les séances, est pour plus tard, on la trouvera bientôt dans le volume du Congrès, grâce au zèle du secrétaire général Picqué et de son adjoint Guinard. Quant à la *partie solennelle*, elle mérite, à mon sens, d'être réduite au minimum; et je dois dire que, dans les Congrès parisiens, elle occupe exactement la place qui lui est due. Un discours présidentiel, où s'est affirmée une fois de plus l'autorité scientifique du professeur Terrier, un compte rendu excellent du secrétaire général, et c'est tout, les communications commencent. MM. Le Dentu, Jacques Reverdin, Berger, Demons, Heydenreich, Poncet, ont recueilli les premiers applaudissements de cette année.

Avec eux, nous avons remarqué sur l'estrade, aux côtés du président, le lieutenant-colonel Pratt, délégué du gouvernement anglais; le Dr Levchine, représentant de nos confrères de Russie; puis MM. Ollier (de Lyon), Gross (de Nancy), Pamard (d'Avignon), Bousquet (de Clermont-Ferrand), Defontaine (du Creusot), Auguste Reverdin (de Genève), Roux (de Lausanne), Jules Bœckel (de Strasbourg), Jacobs (de Bruxelles). J'en passe, et des meilleurs. Quant aux Parisiens, ce sont eux qui reçoivent; je blesserais leur modestie en les nommant.

Le dîner offert, le soir même, par le professeur Terrier, était brillant, nombreux, et en même temps intime. Aucun discours; un toast en quelques mots, du Dr Levchine, un remerciement chaleureux du président au corps médical russe, et la soirée s'est terminée de bonne heure par de cordiales poignées de mains entre gens heureux de se revoir et comptant bien recommencer l'année prochaine.

L.-Gustave Richelot.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CLERMONT

Que doit-on entendre par cure thermale? — Rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires. — M. J. Janicot (de Pougues), rapporteur.

SUITE ET FIN (1).

Quels sont donc les moyens d'action de la cure thermale?

Ils sont constitués, avons-nous dit, « par les ressources spéciales de chaque station ». Reste à s'expliquer sur la portée de ces mots « ressources spéciales ».

Il est de toute évidence que la véritable « ressource spéciale » d'une station quelconque, c'est son eau, l'eau qui la caractérise, qui lui donne son individualité, qui représente sa note personnelle dans la gamme hydrologique. Peu importe, bien entendu, qu'il s'agisse d'une eau minérale au sens rigoureux du mot, c'est-à-dire d'une eau tenant en dissolution une quantité assez considérable de matières salines, ou d'une eau dite minérale surtout — sinon uniquement — parce qu'elle est thermale ou hyperthermale. Peu importe encore que cette eau soit employée exclusivement pour l'usage interne ou pour l'usage externe seul, ou pour les deux à la fois, comme il arrive souvent. C'est elle qui doit être l'instrument majeur de la cure thermale, c'est elle qui est la ressource spéciale par excellence, celle dont il convient toujours de se demander *a priori* et de parti pris si elle ne pourrait pas, sous ses multiples utilisations, suffire, dans un cas donné, à toutes les indications de ce cas.

Mais après avoir reconnu hautement la prépondérance de l'eau minérale, est-il logique et conforme aux faits chiniques de ne parler que d'elle dans la définition d'une cure thermale, c'est-à-dire de ne considérer cette eau comme pouvant suffire à tout, comme spécialisant seule une station donnée? Tout le reste doit-il être rangé dans les médications dites « accessoires » ?

En réalité, il n'y a rien d'accessoire de ce qui permet de remplir une indication bien nette. L'accessoire, c'est ce qui est inutile, ou à peu près, et pas autre chose. Soutiendra-t-on, par exemple, que l'hydrothérapie, froide et chaude, mais à l'eau ordinaire, fait partie des médications accessoires. Mais dans nombre de stations elle représente une ressource précieuse. Elle correspond parfois à certaines indications que celle-ci remplirait insuffisamment ou ne remplirait pas du tout. Parfois enfin, elle corrige certains inconvénients inséparables de l'action, très bienfaisante par ailleurs, de l'eau minérale.

De même pour le massage dans les stations, à eaux thermales ou hyperthermales, où se rendent de préférence les rhumatisants. Ne fait-il pas corps avec l'usage externe de ces eaux et peut-on, dans l'espèce, le considérer comme une médication accessoire? C'est, comme l'hydrothérapie à l'eau ordinaire ailleurs, une ressource spéciale de la station, presque au même titre que l'eau. Il fait partie intégrante de la cure (1).

Nous irons même, à la rigueur, un peu plus loin dans la compréhension de ces mots « ressources spéciales d'une station » que nous faisons rentrer dans la définition d'une cure thermale.

(1) C'est précisément à cause de son importance qu'il est regrettable de le voir si souvent abandonné à des empiriques qui massent la région précordiale avec la même énergie que la région fessière.

Supposons, par exemple, que dans des stations où l'eau minérale (salines purgatives, alcalines) convient spécialement aux maladies par ralentissement diathésique de la nutrition (obésité, diabète, goutte, gravelle), la configuration du sol avoisinant se prête à l'application du système d'OErtel, désigné en Allemagne sous le mauvais nom de « cure de terrains ». N'y a-t-il pas encore là une « ressource spéciale » de la station, et quoi de plus naturel que de s'en servir ? Ce sera agir dans le même sens que la ressource spéciale principale, l'eau minérale, tout en occupant ou en distrayant les malades. Malheureusement, tandis que dans un très grand nombre de villes d'eaux allemandes ou autrichiennes — dont les principales sont Bade, Reichenhall, Ischl, Meran, Lemnering — on a, très ingénieuse ment, très habilement, à très peu de frais et avec des résultats thérapeutiques incontestables, mis à profit l'inclinaison variable des chemins, en France, malgré les travaux si consciencieux de notre collègue M. Lagrange, on méconnait encore complètement ce moyen très efficace d'activer les échanges, les sécrétions de la peau et des reins, l'exhalation aqueuse des poumons, d'augmenter la capacité respiratoire et la force du cœur. Il ne figure même pas au rang des médications dites accessoires.

Autre exemple encore plus simple, et du même genre Supposons qu'une station thermale, d'altitude faible ou moyenne, ait à côté d'elle un lieu notablement plus élevé et aisément accessible. Si, dans cette station, la ressource spéciale principale, l'eau minérale, s'adresse surtout à une catégorie de malades pour lesquels une altitude élevée est un modificateur bienfaisant, pourquoi n'utiliserait on pas cette altitude qu'on a sous la main ? Pourquoi ne la comprendrait-on pas parmi les ressources spéciales totales de la station ? Point n'est besoin, pour qu'elle soit réellement utile, que la différence de niveau soit très considérable, puisque Hénocque a constaté que même à l'altitude très modeste de 285 mètres (Tour Eiffel), il y a augmentation de l'activité de réduction de l'oxy-hémoglobine, et qu'après un séjour de deux heures seulement à cette hauteur l'augmentation de l'activité de réduction persiste et continue après la descente.

Est-il besoin de dire que nous n'entendons pas confondre ici la *cure thermale* avec la *médication thermale* proprement dite. Le premier terme a un sens beaucoup plus large que le second, qu'il englobe. Nous voulons seulement établir que la « cure thermale » doit savoir utiliser, dans un but défini, concordant avec celui que vise la « médication thermale », non pas seulement l'eau minérale de la station, comme le croient volontiers — nous l'avons dit en commençant — les médecins qui nous envoient des malades, mais toutes les ressources spéciales de cette station. C'est ce qui a lieu, nous le répétons, en Allemagne et en Autriche-Hongrie, et au lieu de gémir sur la concurrence de plus en plus sérieuse que nous font ces pays, peut-être serait-il plus sage de les imiter en cela et en diverses autres choses.

Nous arrivons à la dernière partie de notre définition de la cure thermale.

Une cure thermale, avons-nous dit, c'est l'application à une diathèse ou à une maladie chronique des ressources spéciales d'une station *dans les conditions où elles peuvent rendre le plus de services aux malades.*

Si notre mission devait se borner strictement à faire boire à des malades une certaine quantité de verres d'eau, à les faire doucher, baigner, masser, inhaler, humer, transpirer, pulvériser *secundum usum et artem*, il faut avouer qu'elle ne serait ni bien difficile ni très honorable. Nos donneuses d'eau, nos doucheurs et nos doucheuses pourraient à la rigueur nous remplacer. Nous limiter à ce rôle équivaudrait presque à dire que la médecine générale, base, guide et honneur de la médecine thermale, nous est interdite. Or, je ne ferai pas aux confrères qui nous confient leurs malades l'injure de supposer qu'ils pensent de la sorte. Dans « médecin d'eaux », il y a d'abord, Dieu merci, il doit toujours y avoir « médecin ».

Ce serait s'imaginer, en outre, que les eaux minérales sont une panacée, une sorte de spécifique, comme la quinine ou le mercure, ce qui n'est pas, loin de là. Ce serait enfin, et surtout, méconnaître l'intérêt primordial, supérieur au nôtre, des malades, qui viennent dans une ville d'eaux pour être guéris ou soulagés non seulement le mieux possible, mais le plus vite possible.

Nous devons donc, à propos de chaque cas particulier, tâcher de placer le malade dans les conditions les plus propres à faire rendre à l'usage interne ou externe de nos eaux le maximum de services. En d'autres termes, nous devons nous efforcer de répondre simultanément à toutes les indications. En cela réside souvent le secret de l'efficacité prompte d'un grand nombre de cures.

En tête de ces conditions « favorisantes » — pour emprunter aux bactériologistes une de leurs expressions favorites — se place le régime alimentaire. Tout le monde est d'accord sur sa nécessité ou sa très grande utilité. Nous sommes unanimes à regretter qu'en France la diététique alimentaire ne soit pas réglée sévèrement pendant les cures d'eau, que la table d'hôte contrarie le plus souvent nos efforts, qu'il n'y ait pas dans nos hôtels ces « tables de régime » qui sont un des grands éléments de succès dans nombre de stations étrangères dont les eaux ne sont pas supérieures aux nôtres, si tant est qu'elles les vaillent. Mais sur cette question du régime, comme sur beaucoup d'autres, tout se borne, dans notre charmant pays d'insouciance et de laisser-faire, à de stériles regrets, à des vœux platoniques, alors que le corps médical devrait, dans le plus grand nombre des stations, sinon dans toutes, s'unir énergiquement pour imposer aux hôteliers des « tables de régime » (1).

Je n'insiste pas davantage, non plus que sur l'impossibilité de tracer des règles fixes en matières de régime. Les conseils à donner à ce sujet dépendent d'une foule de circonstances individuelles ou locales dont le médecin traitant est seul juge, et qui demandent parfois tout son tact médical, tout son discernement et toute sa fermeté.

D'accord avec tous nos confrères sur la nécessité habituelle d'un régime donné pour favoriser la cure d'eaux et en assurer les effets ultérieurs, le serons-nous aussi complètement pour d'autres choses que nous considérons cependant comme aussi légitimes parce qu'elles ont le même but ?

Nous faisons tout d'abord allusion à l'emploi de médicaments pharmaceutiques pendant une cure d'eaux.

Il y a vraisemblablement unanimité pour penser que nous ne devons pas, en règle habituelle, administrer, pendant une cure thermale, des médicaments *agissant dans le même sens que notre eau*, des purgatifs si elle est saline purgative, des alcalins si elle est alcaline, des ferrugineux si elle est ferrugineuse, etc., dans la pensée de renforcer son activité (2). C'est à elle de prouver ce qu'elle peut

(1) Sur notre initiative, approuvée et appuyée par tous nos confrères, ces « tables de régime » commencent à fonctionner dans la station où nous exerçons.

(2) Cette règle comporte cependant des exceptions, notamment pour les eaux alcalines. Leur action, en effet, — comme celle, du reste, des autres eaux minérales — met ordinaire-

donner dans le sens de l'action médicamenteuse qui est réputée lui appartenir et qu'on est venu lui demander expressément. Si elle ne répond pas suffisamment à l'indication, si elle est inférieure à sa tâche, eh bien, on dirigera ultérieurement le malade vers une eau similaire plus puissante. Voilà tout.

Il semble que la syphilis et les eaux sulfureuses ou sulfo-chlorurées fassent exception à ce que nous venons de dire. Il n'en est rien, attendu que s'il est souvent très utile de donner du mercure ou de l'iodure de potassium à des syphilitiques pendant qu'ils suivent une cure d'eaux sulfureuses ou sulfo-chlorurées, c'est parce que ces eaux semblent réellement augmenter beaucoup la tolérance de l'organisme pour ces deux médicaments et qu'elles permettent, en conséquence, d'en élever la dose au niveau nécessaire (Fournier). Elles n'influencent pas la vérole dans le même sens spécifique que les préparations iodo-hydrargyriques, mais elles tonifient les malades et s'attaquent avec succès à l'anémie syphilitique si fréquente. Telle est, du moins, l'opinion des syphiligraphes les plus autorisés et de la grande majorité de nos collègues exerçant dans les stations dont nous parlons.

Mais si nous ne devons pas, en principe, user de médicaments *à action semblable*, nous sommes pleinement autorisés, à mon avis, à nous servir de médicaments *à action différente*, du moment qu'ils répondent à une indication nette. Pour ne citer qu'un exemple, c'est très souvent le cas des laxatifs ou des purgatifs dans les cures d'eaux alcalines. Sans eux, très fréquemment, ces cures seraient difficiles à conduire, contrariées, ou ne donneraient pas, tant s'en faut, tout ce qu'on peut en obtenir. Nous l'avons constaté des centaines de fois, pour ne pas dire plus, en dix-huit ans de pratique thermale.

Il est encore plus évident que l'on devra recourir à la médication appropriée dans le cas où, par une faute de technique balnéaire ou pour toute autre cause étrangère ou personnelle au malade, une affection cutanée aura subi une exacerbation exagérée, ou encore lorsque la poussée dépasse les limites normales. Il est vrai que ceci rentre, au fond, dans le cadre des symptômes surajoutés à l'affection chronique, et que l'on se comporte alors comme on le ferait pour une maladie accidentelle survenue pendant la cure.

Mais ce n'est pas seulement par des médicaments — ceux que nous appellerons « les médicaments appropriés » — qu'on peut, qu'on doit même, à notre sens, placer le malade dans des conditions telles que la cure thermale proprement dite lui rende le plus de services possibles. D'autres moyens peuvent être employés dans ce but. Ainsi, il arrive assez souvent que dans certaines dyspepsies avec ectasie gastrique légère — fausse dilatation — état saburral habituel, embarras gastrique à répétition, etc., un lavage d'estomac sera nécessaire et suffisant, au début de la cure thermale, pour assurer toute son efficacité à l'absorption de l'eau minérale. Évidemment, il est indiqué de faire ce lavage, d'en faire deux au besoin, ceci en dehors des cas relativement rares où le lavage répété est une indication de premier ordre (dilatation vraie, avec rétention et fermentation secondaire, etc.).

Supposons encore qu'on ait affaire à une neurasthénie cérébro-spinale intense chez un dyspeptique, association assez fréquente dans l'arthritisme. Tout en traitant l'élément dyspepsie par l'eau, on agira souvent très sagement en imposant au malade le repos au lit, suivant la pratique de W. Mitchell, pendant tout le temps que le traitement thermal proprement dit laissera libre.

Enfin — et ce dernier exemple ne dissimulera rien de notre pensée — supposons, pour rester toujours sur le terrain qui nous est le plus familier, un dyspeptique chez lequel la dyspepsie, quelle que soit sa forme, est accompagnée de ptoses très accusées (gastroptose, néphroptose, entéroptose). Ces troubles de la mécanique digestive ont, à notre avis, au point de vue clinique, pratique, une importance autrement grande que les variations du chimisme stomacal. Tandis, en effet, que l'hyperacidité se rit souvent des alcalins, même à doses énormes, et l'hypoacidité des acides, les troubles mécaniques de la digestion sont presque toujours améliorés, quelquefois même radicalement supprimés, par des interventions très simples. La position — en utilisant notamment le repos de la nuit — un massage intelligent, enfin et surtout le port d'une ceinture appropriée à chaque cas, rendent les plus signalés services. C'est pourquoi nous estimons — on peut différer d'avis sur ce point — que ne pas conseiller, pendant une cure thermale, aux dyspeptiques que nous visons ici, la sangle imaginée par notre collègue F. Glénard, c'est non seulement ne pas placer ces malades dans les conditions où la médication thermale peut leur rendre le plus de services, c'est encore condamner la cure à être mal tolérée, impuissante ou à peu près. Or, j'estime que nous n'avons pas le droit d'agir de la sorte, c'est-à-dire de nous dérober devant une indication capitale. On aura soin seulement, puisque nous supposons qu'elle n'a pas été remplie antérieurement par le médecin habituel des malades, de ne pas paraître lui attacher l'importance majeure qu'elle a. On la présentera comme un simple complément de la cure thermale, comme une ressource auxiliaire. De la sorte, on sauvegardera tout.

Telle est notre façon d'envisager la cure thermale.

II

RÔLE RESPECTIF DE LA MÉDICATION THERMALE ET DES MÉDICATIONS ACCESSOIRES

Les développements dans lesquels nous avons dû entrer relativement à la cure thermale envisagée d'une façon générale abrégeront considérablement ce qu'il nous reste à dire au sujet du rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires. Nous avouons, du reste, l'impossibilité où nous sommes de répondre d'une façon précise et pratique à cette seconde question. En voici les raisons :

Par « médication thermale », on a certainement voulu désigner cette partie essentielle de la cure thermale qui correspond à l'usage, sur place, de l'eau minérale d'une station, soit à l'intérieur (boisson), soit à l'extérieur (bains, douches, etc.), soit à l'intérieur et à l'extérieur tout à la fois (cures mixtes). Donc, pas d'incertitude pour ce premier terme du problème ; mais que faut-il entendre par *médications accessoires ?*

Cela varie du tout au tout, suivant les stations. Dans celles-ci — et c'est le plus grand nombre — le massage sera une pratique « accessoire », n'ayant vraiment que sa raison d'être que dans les cas exceptionnels. Dans celles-là, au contraire, il fait partie intégrante de la médication thermale. On masse sous la douche ou à l'étuve, parce qu'on répond beaucoup mieux par cette association à des

ment un certain temps à produire les résultats qu'on en attend. Parfois même l'amélioration n'est réalisée qu'après la cure. Aussi peut-on être amené à ordonner des bicarbonates pharmaceutiques pour parer à une indication symptomatique pressante, gênante pour les malades (pyrosis, acescence) en attendant que les bicarbonates de l'eau minérale remplissent plus tard l'indication pathogéuique.

indications très fréquentes et très nettes (atrophies musculaires et contractures rhumatismales, arthrites et périarthrites chroniques, ankyloses fibreuses, etc.). Ici, l'hydrothérapie à l'eau ordinaire, sans avoir avec l'eau minérale — ordonnée presque uniquement en boisson — une liaison aussi intime que le massage avec la douche ou le bain dans le cas précédent, rend cependant des services tels, dans un grand nombre de cas, qu'on ne saurait vraiment la qualifier « ressource accessoire » au sens ordinaire et humble du mot. Ailleurs, cependant, elle sera tellement accessoire qu'on pourrait presque se passer d'une installation de ce genre ; de même pour les pulvérisations, les inhalations, etc.

Dans la plupart des stations, l'eau en boisson représente la médication principale, mais il en est d'autres où c'est le bain, d'autres où c'est la douche. Les termes « médication principale » et « médications accessoires » ont donc un sens et une portée éminemment variables, même lorsqu'on les applique à l'élément essentiel de toute cure thermale, à savoir l'eau minérale (nous avons dit ce que nous englobions, pour la commodité du langage, sous ce terme : eau minérale).

Sous ces réserves, nous serons d'accord avec tout le monde en disant — nous l'avons déjà dit — que « l'eau « minérale » est la médication principale, celle qui doit pouvoir remplir l'indication fondamentale et le plus grand nombre des indications, celle avec laquelle il faut constamment s'efforcer de suffire à tout, en l'utilisant, quand elle s'y prête, sous toutes les formes utilisables : boisson, bains généraux et locaux, douches diverses, aspiration, humage, de façon à modifier l'état diathésique par la boisson *surtout*, et les manifestations locales actuelles ou récentes de cet état diathésique par les applications externes *surtout*, quitte à être assez souvent fort embarrassé, dans ces cas de cures mixtes, pour savoir ce qui aura rendu le plus de services, de l'usage interne ou de l'usage externe de l'eau minérale. Mais l'essentiel est que le malade se trouve bien. Il n'en demande pas davantage.

Si nous avons fait des réserves et des distinctions pour la portée qu'il convient de donner au mot « accessoire », quand on l'applique à l'hydrothérapie et au massage, nous pensons, en revanche, qu'il s'adapte parfaitement à l'électrothérapie. Il nous semble, en effet, que dans la grande majorité des stations et des cas, l'électricité ne représente qu'une ressource très « accessoire », ne répondant à aucune indication urgente ou qui ne puisse être remplie avec les ressources *spéciales* à la station. C'est pourquoi nous croyons que nous ne devrions jamais avoir recours aux pratiques d'électrisation sans y avoir été invité par les médecins ordinaires des malades, ou sans leur avoir demandé leur approbation au cas, extrêmement rare, où il nous semblerait qu'il y a indication nette et urgente. C'est leur affaire beaucoup plus que la nôtre. Ils aviseront au retour de leur client.

Médication accessoire aussi, très accessoire, disons-nous, la gymnastique avec appareils (fixes ou mobiles), la gymnastique de l'opposant (Pichery), la gymnastique mécanique de Zander (de Stockholm), et même la gymnastique mécanique sans appareils (gymnastique d'assouplissement). Qu'on en retire de réels services dans une ville, avec des appareils bien compris, des professeurs expérimentés et prudents, nous n'avons nullement l'intention de le contester ; mais dans une ville d'eau, c'est-à-dire à la campagne, et pour un séjour de quelques semaines, la vraie gymnastique, la véritable kinésithérapie, pour les enfants, par exemple, c'est de courir, de gambader, de sauter en liberté, dans la mesure des forces qu'on leur reconnaît et en tenant compte, bien entendu, des contre-indications relatives d'organes qu'ils peuvent présenter. Pour les adultes, ce sera soit la marche ordinaire (promenades à pied, excursions), soit la marche entraînée, — cures de terraina — quand elle est « indiquée » et qu'elle représente en quelque sorte une des ressources *spéciales* de la station. Ce sera encore la bicyclette. Cet exercice a pris, comme chacun le sait, un développement tel qu'il est de notre devoir et de notre intérêt de compter sérieusement avec lui. A notre avis, le mieux, pour en régler judicieusement l'emploi, est de le pratiquer soi-même. C'est à la portée du plus grand nombre d'entre nous.

Il y a un certain nombre d'années, la « cure de raisins » et la « cure de petit lait » étaient considérées comme médications auxiliaires ou adjuvantes dans deux ou trois stations françaises. On ne les utilise plus aujourd'hui chez nous et peut-être n'y a-t-il pas lieu de le regretter beaucoup.

Pourrait encore, à la rigueur — cela dépend du sens qu'on attache aux mots — être considérée comme médication adjuvante ou auxiliaire, l'addition à l'eau minérale prise en boisson de sirops simples ou composés, de lait chaud ou froid, d'infusions émollientes ou béchiques. C'est surtout pour les eaux thermales sulfurées que cette adjonction, croyons-nous, est encore jugée utile par un certain nombre de nos confrères, pour établir la tolérance ou pour ménager l'estomac. Ce ne devrait être, à notre avis, qu'une ressource tout à fait exceptionnelle, et nous partageons l'opinion que soutient depuis très longtemps notre collègue Ferras (de Luchon), à savoir qu'il ne faut pas changer la température naturelle des eaux, ni modifier leur minéralisation en leur ajoutant une substance quelconque, alors même qu'il n'y a aucune incompatibilité chimique. C'est au médecin de prescrire les doses appropriées pour obtenir, selon les cas, un effet très marqué, modéré ou faible.

A propos de ces mêmes eaux sulfurées ou des sulfo-chlorurées, nous avons indiqué antérieurement comment on devait apprécier l'administration systématique et simultanée des eaux et des préparations hydrargyriques ou iodurées. On ne saurait dire, dans ce cas particulier, que les préparations ci-dessus sont des médications adjuvantes par rapport à l'eau, pas plus qu'on ne doit le dire de l'eau par rapport à elles. Comme l'a soutenu L. Jullien, il y a une douzaine d'années déjà, dans son beau *Traité des maladies vénériennes*, comme le reconnaissent également nos collègues Doyon, Ferras, Raugé et beaucoup d'autres, les eaux sulfureuses agissent, dans la syphilis, en tant que reconstituantes et toniques, et en permettant une médication spécifique plus active et plus sûre, grâce à l'élimination du mercure par la peau, ce qui évite l'accumulation du médicament et les inconvénients consécutifs à cette accumulation.

Le changement d'air, de milieu, de genre de vie, le repos, le calme, la quiétude, l'éloignement des affaires et des soucis ; les distractions — chose essentiellement individuelle — sont incontestablement des adjuvants précieux de la cure thermale, parfois même plus que des adjuvants. Nous ne pensons cependant pas qu'il faille les comprendre parmi les « médications accessoires ». Pour ce qui concerne le régime alimentaire, nous en avons parlé à propos de la cure thermale en général.

A cela se borne ce que nous trouvons à dire d'essentiel sur le « rôle respectif de la médication thermale et des médications accessoires ». Il nous paraît bien difficile de pousser la question plus à fond dans une étude d'ensemble qui doit viser non pas telle ou telle station, tel ou tel genre

de cure, mais toutes les stations et toutes les cures. Mais il serait fort utile de pouvoir faire une étude spéciale de ce sujet dans chaque station, en se mettant d'accord au préalable entre confrères sur ce que l'on doit entendre, dans cette station, par « médication thermale et médications accessoires », ou encore par médication thermale principale, médication thermale accessoire et médications accessoires à la médication thermale (Elie Percepied). En y consacrant beaucoup de temps, en se plaçant dans des conditions expérimentales aussi rigoureuses que possible, en étudiant jour par jour l'urine des malades — suivant la méthode appliquée par Albert Robin à l'action des médicaments sur la nutrition — en soumettant certains malades pris comme types, et mieux encore — quand on est un sujet propice — en se soumettant soi-même, tantôt à la seule médication thermale proprement dite, tantôt à telle ou telle médication jugée accessoire dans la station, tantôt enfin et simultanément à la médication thermale proprement dite et à telle ou telle médication accessoire, on arriverait peut-être à des données relativement précises sur le rôle respectif, dans la station où l'on exerce, de la médication thermale essentielle et des médications réputées accessoires.

Des recherches de ce genre seraient surtout indiquées dans les maladies par ralentissement de la nutrition. On est, du reste, un peu entré dans cette voie, à l'instigation principale de M. Albert Robin. Malheureusement, il est extrêmement difficile, en pratique, de se placer dans les conditions expérimentales nécessaires et de réunir en assez grand nombre des cas comparables, observés et traités pendant un temps suffisamment long, pour pouvoir en tirer des conclusions rigoureuses. Et puis, si la chimie organique a beaucoup éclairé, par certains côtés, le problème de la nutrition à l'état de santé et de maladie, elle l'a singulièrement compliqué par d'autres. Elle est, en outre, tout aussi incapable de l'élucider entièrement et de nous fixer exactement sur les effets des cures thermales, que la chimie minérale est incapable d'expliquer à elle seule l'action de nos eaux. Comme l'a dit excellemment, dans un livre récent (1), M. le professeur Arnozan : « Ce serait une grave erreur de compter sur nos connaissances chimiques actuelles pour préjuger l'action d'une source. Les eaux minérales ont quelque chose d'organique, de vivant, qui échappe encore à nos investigations de laboratoire. L'expérience clinique est la seule qui permette à l'heure présente de se prononcer sur l'opportunité de telle ou telle station. Mais si la composition et le mode d'action des eaux minérales présentent encore trop de points obscurs, il n'en reste pas moins que ces agents sont les plus puissants que nous ayons à manier pour la modification des maladies nutritives, et que, nulle part mieux que dans les stations thermales, obèses, arthritiques, rhumatisants, goutteux et scrofuleux, ne trouvent d'aussi précieuses ressources pour leur guérison. »

CONCLUSIONS

Nous donnerons à ce rapport les conclusions suivantes :

1° On entend par cure thermale l'application, pendant un temps variable, à une diathèse, ou à ses manifestations locales, ou à une maladie chronique, des ressources spéciales d'une station, dans les conditions où elles peuvent rendre le plus de services aux malades ;

2° Il résulte notamment de cette définition, que les opérations chirurgicales ou — pour préciser davantage, les interventions nécessitant l'emploi d'instruments chirurgicaux — sont et doivent rester étrangers à une cure thermale. Les médecins d'eaux s'en abstiendront rigoureusement — le cas d'urgence excepté — s'ils n'y ont pas été autorisés expressément par les médecins ordinaires des malades ;

3° L'emploi de médicaments pharmaceutiques agissant dans le même sens que l'eau minérale et qui seraient destinés à en renforcer l'action est, en règle générale, contre-indiqué ; mais il n'en est pas de même des médicaments à action différente, pourvu qu'ils répondent à une indication bien nette dérivée de la cure elle-même. Dans cet ordre d'idées, et comme exemple important, l'assimilation des préparations hydrargyriques et iodurées et la tolérance de l'économie à leur égard étant favorisées par l'emploi simultané des eaux sulfureuses ou sulfo-chlorurées, il y a avantage, au cas d'indications, à administrer ces spécifiques pendant la cure thermale ;

4° L'expression « médications accessoires » doit être entendue de façon différente, suivant les stations. La règle habituelle de conduite du médecin d'eaux, sera de tâcher de suffire à toutes les indications par l'emploi exclusif de son eau (médication thermale), quitte à recourir sans hésitation, si besoin est, aux médications accessoires en usage dans la station.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1896

M. QUEIREL (de Marseille), reprend devant l'Académie la question de la variole à Marseille, et montre tout d'abord que le corps médical et l'administration municipale ont toujours fait tout ce qui était en leur pouvoir contre cette maladie. La persistance de la variole tient surtout à la présence, à Marseille, d'une énorme quantité d'étrangers ; les Italiens, qui sont au nombre de 75,000 environ, vivent dans des conditions hygiéniques déplorables et refusent absolument à se laisser vacciner et revacciner ; or, il faut remarquer que la vaccination est obligatoire en Italie. « A défaut d'une loi sur la vaccination obligatoire, dit en terminant M. Queirel, il faudrait rappeler aux médecins la loi sur la déclaration des maladies contagieuses et pratiquer sévèrement la désinfection des cas signalés, isoler au moins les malades hospitalisés, et, pour propager le moyen prophylactique par excellence, construire des Instituts antivarioliques, où le vaccin de génisse serait toujours à la disposition du public. »

— Voici ensuite une intéressante communication de M. REBOUL (de Nîmes), sur l'*actinomycose dans le Gard*. L'auteur a pu réunir, dans ce département, cinq cas d'actinomycose humaine et cinq cas d'actinomycose des bovidés. C'est plus que suffisant pour que l'affection ne soit plus considérée comme aussi rare qu'elle le semblait jusqu'ici et pour que l'attention des médecins et des vétérinaires soit attirée sur ce sujet.

— M. BAZY présente un travail sur l'*hydronéphrose intermittente et son traitement par l'uretéro-pyélo-néostomie*. M. Bazy rappelle qu'il a présenté il y a trois ans une opération destinée, dans le cas de fistule uretéro-vaginale, à aboucher l'uretère dans la vessie ; l'uretéro cysto-néostomie a donné de vrais succès. Dans le cas actuel, il s'agis-

(1) *Traité de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de Albert Robin ; fascicule I, page 29.

sait d'une hydronéphrose contenant un litre de liquide hématique. Incision de la paroi antérieure de l'abdomen sur la ligne médiane; ponction et évacuation de l'hydronéphrose; recherche de l'uretère, qui était aplati et comprimé par le bassinet; recherche du rein, qui paraît sain. M. Bazy décide de le conserver. Pour cela, il sectionne l'uretère de façon à le raccourcir et à lui laisser une longueur suffisante; il incise la paroi postéro-inférieure du bassinet jusqu'au point où il veut insérer cet uretère. Il fend l'extrémité de ce dernier longitudinalement sur une étendue d'un bon centimètre, et il suture cette extrémité au bassinet.

L'uretère s'insère alors sur la paroi postérieure du bassinet et dans son pôle inférieur, mais à une certaine distance de son extrémité inférieure.

M. Bazy introduit une sonde en caoutchouc rouge n° 12, dans l'uretère, à une profondeur de 10 centimètres environ. Il résèque une partie du bassinet; il rétrécit considérablement l'ouverture faite à ce bassinet; il le suture à la paroi de façon à laisser juste le passage de la sonde urétérale et il ferme la paroi par trois plans de suture.

Les suites sont simples; l'uretère a bien fonctionné depuis l'opération; la tumeur ne s'est pas reformée.

Le résultat paraît devoir se maintenir pour trois raisons :

1° Parce que l'uretère a toujours fonctionné d'une manière régulière depuis le jour où il a commencé;

2° Parce que, s'il n'eût pas bien fonctionné, le bassinet se serait rapidement dilaté, comme il l'a fait sous nos yeux dans les jours qui ont précédé l'opération, et nous aurions perçu une tumeur;

3° Parce que, la fixation du bassinet à la paroi assure la fixité du rein, de même que le point où se fait l'abouchement de l'uretère, empêche et empêchera, je l'espère, toute nouvelle coudure de l'uretère et toute oblitération.

— M. Debove lit un rapport sur un travail de MM. A. Gilbert et L. Fournier intitulé : *Contribution à l'étude de la psittacose*. Il s'agit là, comme on le sait, d'une maladie infectieuse d'un type spécial, transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets atteints de cette même affection. MM. Gilbert et Fournier ont donné, avec la relation d'une épidémie familiale de psittacose, qui éclata à Paris au mois de février dernier, les résultats des recherches bactériologiques qu'ils ont entreprises, dès cette époque, sur ce sujet.

Cette épidémie de psittacose a frappé 5 personnes; 3 furent atteintes légèrement; 2 moururent en huit et neuf jours. Ces deux dernières avaient plus que les autres touché et soigné les perroquets; elles les nourrissaient de bouche à bec alors qu'ils étaient déjà malades.

Pendant toute sa durée, l'affection a présenté, chez ces deux personnes, le tableau d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, sans phénomènes abdominaux et avec grande prédominance des troubles nerveux.

MM. Gilbert et Fournier rapportent les résultats de leurs recherches bactériologiques sur la psittacose. On sait que M. Nocard a décrit en 1893 un bacille qu'il avait trouvé dans la moelle osseuse d'ailes de perruches rapportées en France par Marion et Dubois.

Chez les deux malades qui succombèrent, l'examen des produits d'expectoration et du sang recueilli par piqûre de la pulpe du doigt ne donna aucun résultat. MM. Gilbert et Fournier, par contre, retrouvèrent le bacille décrit par M. Nocard dans les viscères et la moelle osseuse d'un perroquet qui était mort en quelques jours chez le marchand d'où provenaient les perroquets qui avaient aussi l'épidémie précédente. Ils purent enfin, grâce à l'obligeance de M. Mathieu, retrouver le même micro-organisme dans le sang du cœur d'une femme morte de psittacose dans le service de ce dernier à l'Hôpital Andral.

Voici les principaux caractères de ce microbe : bacille court, à extrémités arrondies, aérobie et anaérobie, extrêmement mobile, se développant rapidement sur tous les milieux, ne prenant pas le Gram, ne liquifiant pas la gélatine, ne faisant pas fermenter la lactose, ni virer le tournesol, ni coaguler le lait, ne donnant pas d'indol. Sur pomme de terre il présente l'aspect du bacille d'Escherich; sur le milieu d'Elsner il pousse lentement et donne de très petites colonies. Il possède 10 à 12 cils vibratiles, comme le bacille d'Eberth, mais plus fragiles et se détachant plus facilement. En ajoutant à X gouttes d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures 1 goutte de sérum de typhique, on voit se produire une agglutination des bacilles; mais entre les agglomérats, — bien moins nets que ceux donnés dans les mêmes conditions par un bacille typhique. — les microbes conservent intacte leur mobilité. Le sérum d'un individu sain ne semble avoir aucune action semblable sur ces microbes.

Le bacille de la psittacose est d'une virulence extrême non seulement pour les perruches, mais aussi pour différents autres animaux : souris, cobayes, lapins, pigeons. L'inoculation sous-cutanée, intra-veineuse ou intra-péritonéale tue ces animaux entre douze et quarante-huit heures; on peut les infecter en leur faisant absorber des cultures, mais les résultats sont moins constants.

Ce bacille se rapproche par certains de ses caractères du bacille d'Eberth; mais, il s'en distingue par l'apparence de ses cultures sur gélatine et sur pomme de terre, et surtout par son extrême virulence à l'égard des animaux de laboratoire. D'autre part, au point de vue clinique, la psittacose pourrait être considérée comme une septicémie typhique; on sait que le bacille d'Eberth peut envahir ainsi l'organisme et produire des septicémies dont l'évolution et la symptomatologie s'éloignent singulièrement de celles de la fièvre typhoïde normale. Mais il s'agit ici, bien vraisemblablement, d'une maladie microbienne nettement différenciée, qui paraît fréquente chez les psittacés et qui peut se transmettre à l'homme avec une redoutable facilité.

La psittacose est certainement plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici; elle est souvent confondue avec d'autres maladies infectieuses; MM. Gilbert et Fournier pensent que c'est à la psittacose qu'il faut, par exemple, rapporter un certain nombre de ces épidémies pneumoniques de famille ou de maison.

Aussi, quelques mesures prophylactiques semblent-elles nécessaires : surveillance des arrivages de perruches, instructions pour les oiseliers et pour les personnes qui possèdent des perroquets ou des perruches, au sujet de ces animaux lorsqu'ils semblent malades.

— Au cours de la séance, M. Vallin a fait une communication sur l'*alcoolisme des nourrices*, qu'il faut rapprocher de celle de M. Lancereaux sur l'alcoolisme des enfants; enfin, M. Poncet, de Lyon, a décrit un nouveau procédé d'*énucléation massive des goitres*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Catrin a pu, dans son service au Val-de-Grâce, examiner au point de vue du *séro-diagnostic* et du *séro-pronostic* de la fièvre typhoïde, le sérum de 48 malades; 36 de ceux-ci ont eu la fièvre typhoïde : dans 17 cas, elle fut grave; 14 fois d'intensité moyenne; enfin, dans 5 cas, il

s'agit de typhoïdettes de huit à vingt jours de durée. Dans tous ces cas, M. Catrin obtint la réaction immédiate du séro-diagnostic.

Dans les 12 autres cas, cette réaction fit défaut et l'évolution de l'affection démontra, en effet, qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde.

M. Catrin a obtenu 4 fois l'agglutinement des microbes avec le sérum d'individus au quatrième jour de la fièvre typhoïde. Il insiste sur l'utilité de la méthode de Widal pour le diagnostic des typhoïdettes qui, dans l'armée, n'arrêtant pas les soldats dans leur service, fournissent un notable contingent à la statistique des péritonites par perforation.

Le séro-diagnostic, dans les cas difficiles, remplacera avantageusement la ponction de la rate, dont l'innocuité a été singulièrement exagérée dans ces derniers temps.

M. Catrin croit nécessaire de ne pas se contenter de l'épreuve extemporanée, immobilisation et agglutination des bacilles, et qu'il faut toujours y joindre l'épreuve de la clarification du bouillon ensemencé avec de l'Eberth. Dans un cas d'ictère, en effet, il a obtenu l'agglomération et l'immobilisation des bacilles, mais non la clarification du bouillon. Quand la clarification n'est pas obtenue, il faut constater si la culture est pure.

M. Catrin signale un procédé très élégant pour démontrer l'existence de la réaction caractéristique. Entre une lame et une lamelle on verse 8 à 10 gouttes de culture d'Eberth, puis on fait couler une goutte de sérum typhique sur le bord de la lamelle; le sérum se diffuse peu à peu et on voit alors au microscope les microbes devenir immobiles et s'agglutiner; tous les phénomènes se passent sous les yeux.

Chez deux malades, le sérum du pus (abcès, phlegmon) a provoqué la réaction comme le sérum sanguin.

M. Catrin, parle, en terminant, du *séro-pronostic*. Il semble que la réaction soit plus tardive et moins intense dans les cas légers; mais le nombre des cas examinés à ce point de vue est encore trop faible pour que l'on puisse en tirer une conclusion ferme.

C'est aussi l'avis de M. Widal, qui cite un cas de fièvre typhoïde à début brusque, ayant donné, dés le cinquième jour, une réaction extrêmement marquée et qui, cependant, eut une évolution très bénigne. Le séro-pronostic ne peut donc être considéré comme ayant une valeur pratique.

— M. Thibierge présente un malade âgé de quarante et un ans, atteint d'une lésion cutanée simulant la sclérodermie, au niveau de la partie interne de la jambe; la peau est lisse, brillante, piquetée de taches rouges, et de consistance ferme; mais on ne constate pas de liséré violacé et il existe, au pourtour de la plaque, des nodosités arrondies, du volume d'un gros pois, se disposant sur un point en chapelet suivant le trajet d'un vaisseau.

En réalité, il s'agit là de noyaux de phlébite et de périphlébite consécutifs à une phlegmatia alba dolens que ce malade a eue à l'âge de vingt ans au cours d'une fièvre typhoïde, et c'est déjà la quatrième fois que M. Thiberge observe de semblables lésions : trois fois à la suite de la phlegmatia alba dolens, une fois chez un homme variqueux.

— M. Dalché rapporte quelques exemples d'*accidents causés par l'antipyrine;* dans un cas, ce furent des lésions de stomatite ulcéreuse; dans un autre, les symptômes furent ceux de l'ulcère rond de l'estomac; dans un troisième, il s'agissait d'éruptions localisées indiquant nettement l'influence du système nerveux. Ces divers accidents se montrèrent à la suite de l'administration de faibles doses d'antipyrine chez des personnes qui, à d'autres moments, avaient pris sans inconvénient des doses égales ou supérieures du médicament.

— Les deux faits suivants d'*intoxication saturnine* observés par M. Rendu montrent combien le diagnostic de cette intoxication est parfois difficile, et combien la cause peut en être obscure.

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une très bonne santé habituelle, est pris le 15 août dernier, sans cause appréciable, de lassitude, de courbature avec douleurs dans les jambes et constipation; les jours suivants, coliques sèches très violentes, vomissements, sub-ictère, puis agitation et délire. On porte le diagnostic de coliques hépatiques et on prescrit des purgatifs, un vomitif; une amélioration se produit; mais dans les premiers jours de septembre les symptômes se montrent avec une nouvelle intensité. M. Rendu constata alors que le foie est petit; rien dans les urines, en particulier; pas de pigment biliaire; gencives fongueuses; autour d'une canine, il existe un enduit brunâtre ne ressemblant guère à un liséré saturnin. Il était impossible de formuler un diagnostic. Mais l'existence chez la sœur de ce malade de symptômes analogues, quoique plus atténués, éveilla l'attention de M. Rendu, qui fut ainsi conduit à penser à une intoxication. Au cours de l'enquête qu'il entreprit, il découvrit que ces malades buvaient du cidre que l'on conservait dans des pots en étain. Dans le fond de ces pots il y avait un dépôt dans lequel l'analyse chimique fit découvrir des sels de plomb; elle montra en outre que le récipient était formé d'un alliage d'étain et d'une forte quantité de plomb (67 grammes d'étain et 29 grammes de plomb pour 100 grammes).

Cette analyse vint donc démontrer qu'il s'agissait de deux cas d'intoxication saturnine. M. Rendu pense que cette cause, peu connue, a dû amener bien des accidents analogues dans les régions normandes, où l'on utilise ainsi les pots d'étain.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe Proteus et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ces infections. — Note de MM. Lannelongue et Achard.

Sous le nom de *proteus*, les bactériologistes ont décrit des types microbiens nombreux et divers, qui forment un groupe assez mal délimité et auxquels on tend de plus en plus à attribuer un rôle en pathologie. Nous avons observé quelques faits cliniques dans lesquels des bacilles offrant les caractères du *proteus vulgaris* nous ont paru avoir pris part manifestement au processus morbide. Ces organismes se trouvaient deux fois dans les lésions d'une méningite putride, consécutive à des eschares sacrées chez des malades atteints du mal de Pott; ils y étaient associés au streptocoque. Deux autres fois, chez des enfants, ils existaient dans le pus fétide d'abcès mastoïdiens, associés chez l'un des malades à d'autres espèces.

Ces microbes étaient doués d'une assez grande virulence, et nous avons pu reproduire expérimentalement avec eux des lésions extrêmement variées, au moyen de doses relativement faibles et ne dépassant pas celles qu'il est nécessaire d'employer lorsqu'on expérimente d'autres microbes dont l'action pathogène est incontestée, comme les staphylocoques et les coli-bacilles. Ainsi nous avons pu ame-

ner la mort des lapins en injectant dans le sang 4 gouttes de bouillon de culture. Parmi les lésions produites au moyen d'inoculations locales, nous citerons : les phlegmons gangréneux, la péritonite, la pleurésie, l'arthrite suppurée, l'ostéomyélite, la broncho-pneumonie, l'infection urinaire, la suppuration cérébro-méningée, enfin l'otite purulente, provoquée par l'inoculation dans la caisse du tympan et comparable, quant aux lésions, aux mastoïdites observées chez les malades.

Contrairement à ce qui arrive avec la plupart des autres microbes pathogènes habitant normalement l'organisme, et en particulier avec les staphylocoques et les streptocoques, ces bacilles, lorsqu'ils sont introduits dans le sang, ne déterminent que des lésions diffuses, imputables à l'action des produits toxiques, et point de lésions localisées, sous formes de foyers métastatiques, imputables à l'intervention des microbes eux-mêmes. Dans un seul cas nous avons observé une lésion métastatique, chez un lapin qui présenta, après une inoculation intra-veineuse, une arthrite suppurée renfermant le *proteus* à l'état de pureté; mais ce lapin était atteint d'altérations des os, analogues au rachitisme, et peut-être cette débilité particulière du squelette avait-elle facilité le développement secondaire de ce foyer infectieux.

D'autre part, si l'on associe au *proteus* le streptocoque ou le staphylocoque, on voit, après l'introduction simultanée de ces microbes dans la circulation, se former à la périphérie des lésions localisées (arthrites suppurées, abcès du rein), mais le *proteus* y fait défaut et le microbe pyogène associé s'y rencontre seul. Inversement, si l'on pratique une inoculation locale à la périphérie, dans le genou, par exemple, avec le *proteus* associé au streptocoque ou au pneumocoque, il arrive que ces derniers passent seuls dans le sang; mais le *proteus* n'y pénètre pas, il reste dans la lésion locale, où il ne tarde pas à subsister seul.

Il ne faudrait pas croire, en cherchant à interpréter ces faits, que le sang constitue pour le *proteus* un mauvais milieu de culture : tout au contraire, ce bacille s'y développe fort bien *in vitro* en liquéfiant le caillot, d'autant plus vite que l'accès de l'air y est plus facile, et en dégageant de l'hydrogène sulfuré, sans modifier la réaction spectroscopique de l'oxyhémoglobine. Mais il est probable que, dans le sang de l'animal vivant, les bacilles, rapidement disséminés et mis en contact avec les phagocytes, disparaissent plus promptement que les autres microbes, parce que, comme l'ont fait voir les expériences de M. Bordet, les phagocytes absorbent plus facilement le *proteus* que le streptocoque lorsqu'on les met en présence d'un mélange de ces deux microbes.

Ces résultats expérimentaux s'accordent bien avec les enseignements tirés de l'observation chez l'homme. En effet, bien que les microbes appartenant au groupe du *proteus* fassent partie intégrante de la flore bactérienne du tube digestif, leur passage dans les tissus vivants n'est qu'assez rarement constaté. Après la mort même, pendant que se fait l'invasion des organes par les microbes intestinaux, ils se laissent généralement devancer par les staphylocoques. Chez l'homme vivant, lorsqu'on les trouve dans un foyer morbide, c'est surtout dans les tissus infectés déjà par d'autres espèces pathogènes, dans les eschares par exemple, ou bien dans une cavité séreuse ou muqueuse (péritoine, plevre, cavités de l'oreille, voies urinaires, utérus), formant une sorte d'abri où ils échappent plus aisément que dans l'intimité même des tissus à l'action des moyens de défense de l'organisme, et où ils peuvent, en se multipliant, donner naissance aux produits toxiques, qui font le principal danger de cette infection.

Comme beaucoup d'autres microbes, ceux du groupe *proteus* subissent le phénomène curieux de l'agglutination, lorsqu'on les met en contact avec le sérum d'animaux immunisés ou du moins ayant résisté à l'infection. Cette réaction est plus marquée pour l'échantillon qui a servi à l'inoculation : c'est d'ailleurs ce qui a été noté aussi pour le vibrion cholérique. Souvent même il arrive qu'elle se manifeste exclusivement pour ce dernier échantillon et non pour ceux d'autres provenances, offrant pourtant des caractères semblables de forme et de culture. Mais si l'on renforce par des inoculations successives la propriété agglutinante du sérum, on voit alors se produire aussi, dans les mêmes conditions, c'est-à-dire avec les mêmes proportions de sérum et de culture, l'agglutination des autres échantillons.

On a proposé d'utiliser les propriétés agglutinantes du sérum pour faire le diagnostic des espèces microbiennes : par exemple, pour distinguer les vibrions cholériques de quelques autres vibrions analogues, et le bacille d'Eberth du coli-bacille : c'est ce que nous avons cherché à faire pour le *proteus*. Il nous a paru qu'en effet le sérum accusait des différences entre certains types très voisins par l'ensemble de leurs caractères, et notamment par la propriété fondamentale que possède le *P. vulgaris* de faire de l'hydrogène sulfuré aux dépens des matières albuminoïdes.

Nous avons vu deux types bacillaires de ce genre que l'épreuve du sérum sépare des autres échantillons : l'un provenait du foie d'un malade mort d'abcès hépatiques, l'autre d'une eschare développée sur un œdème cardiaque. Tous deux se distinguent d'ailleurs du *P. vulgaris* par quelques différences de cultures sur certains milieux. Par contre, le *P. mirabilis*, qui ne se différencie du *P. vulgaris* que par une plus grande lenteur à liquéfier la gélatine, se laisse agglutiner par le sérum, qui possède déjà un pouvoir agglutinant marqué pour les divers échantillons du *P. vulgaris*. Ajoutons aussi qu'on peut, en inoculant à un même animal des types bacillaires distincts, développer dans le sérum la propriété d'agglutiner à la fois ces divers types. Cette propriété agglutinante apparaît, en général, le troisième ou quatrième jour après l'inoculation. Elle existe dans le sang, mais nous ne l'avons pas trouvée dans la bile, le contenu des vésicules séminales. Nous l'avons vue atténuée dans l'urine et, d'une façon inconstante, dans l'humeur aqueuse. Elle persiste après la mort et même pendant la putréfaction. D'autre part, elle ne se produit pas dans le sang normal ensemencé avec du *proteus*. Elle ne se produit pas non plus chez l'animal qui a été infecté peu de temps seulement avant de mourir, que la mort ait été accidentelle ou déterminée par l'infection.

On peut donc, lorsqu'on trouve le *proteus* dans les tissus, à l'autopsie d'un animal, s'assurer au moyen du sang, par la réaction agglutinante, que cet animal a été atteint de son vivant d'une infection protéo-bacillaire et qu'il ne s'agit pas seulement d'un envahissement cadavérique. Mais il faut faire cette restriction que, si l'épreuve du sérum reste négative, le *proteus* rencontré dans les tissus a pu s'y introduire pendant les deux derniers jours de la vie.

Peut-être aura-t-on l'occasion d'appliquer cette donnée à la pathologie humaine. Peut-être aussi pourra-t-on, chez l'homme vivant, utiliser le sérum pour établir l'existence d'une infection protéo-bacillaire, suivant le procédé employé par M. Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. Mais il est vraisemblable que bien des affections de ce genre échapperont néanmoins, soit parce qu'elles auront entraîné la mort avant l'apparition du phénomène, soit parce qu'elles n'auront produit leurs effets pathogènes que par l'intermédiaire des poisons sécrétés.

Quelques recherches préliminaires que nous avons entreprises dans cette voie, nous ont appris que chez l'homme sain, en général, le sérum est dépourvu de propriété agglutinante, bien qu'un sujet ayant toutes les apparences de la santé nous ait montré, par exception, cette propriété très marquée pour le *P. vulgaris*. Chez plusieurs malades atteints d'affections ulcéreuses de l'intestin (fièvre typhoïde, cancer du rectum), nous ne l'avons pas trouvée, mais elle existait chez quelques autres.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — M. le Dr J.-L. Rouget est nommé officier de la Légion d'honneur.

M. le Dr Cheyron-Lagrèze (de Saint-Claud-sur-le-Son) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Des récompenses ont été décernées, pour actes de courage et de dévouement :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Moreau (de Bordeaux) et Renaud (médecin militaire).

Mention honorable. — MM. les docteurs Arnaud (d'Affreville) et Pelletier (médecin militaire).

Concours de l'externat. — Le jury définitif de l'externat est composé de MM. Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Arrou, Rieffel, Villemin et Potocki.

Banquet offert au docteur Auvard. — Les amis du docteur Auvard, désireux de fêter sa décoration, se réuniront en un banquet dont la date sera fixée ultérieurement (vers le 15 novembre).

Prière d'adresser les adhésions au docteur Caubet, 31, rue de La Rochefoucauld.

Écoles de médecine navale — La composition du Conseil de perfectionnement de l'École principale du service de santé et des Écoles-annexes de médecine navale est fixée ainsi qu'il suit :

Le contre-amiral directeur du personnel, président; l'inspecteur général du service de santé; le directeur de l'École d'application des médecins stagiaires de l'École-annexe de Toulon; le directeur de l'École principale du service de santé de la marine; le pharmacien en chef, membre du Conseil supérieur de santé à Paris; le chef du bureau des corps assimilés et de la justice maritime; un rédacteur de la direction du personnel, secrétaire.

Monument de Maillot. — Le 18 octobre a eu lieu, à Briey (Meurthe-et-Moselle), l'inauguration du monument élevé à M. Maillot, ancien inspecteur général du service de santé militaire et introducteur de la quinine en Algérie.

La cérémonie aura lieu sous la présidence du ministre de la guerre.

La statue de Maillot est l'œuvre du sculpteur Paul Fournier.

Conseil d'hygiène de la Seine. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine procédera, dans sa séance du 6 novembre, à une élection pour remplacer M. le Dr Lagneau, décédé.

Association des Étudiants. — On nous prie d'insérer la note suivante :

« Pour répondre au vœu qui lui en avait été si souvent exprimé et auquel il lui avait été impossible jusqu'ici de donner satisfaction, la section de médecine de l'Association des Étudiants de Paris vient d'organiser pour Paris et la banlieue deux services d'une utilité incontestable, l'un de remplacements de médecins, l'autre de garde auprès des malades.

« Ces deux services sont confiés à des étudiants en médecine pourvus du nombre d'inscriptions suffisantes.

« Ils fonctionnent à partir du 1er octobre sous la direction du président de la section à l'Association des Étudiants, 41, rue des Écoles. »

Congrès d'hydrologie. — Le Congrès d'hydrologie et de climatologie de Clermont a décidé que le prochain congrès aurait lieu en 1898 et se tiendrait en Belgique.

Congrès des aliénistes de Moscou. — Voici les questions proposées par les aliénistes et neuro-pathologistes de Moscou, pour être étudiées au douzième Congrès de Moscou.

Maladies mentales :

1° Pathogénie des hallucinations et pseudo-hallucinations ;

2° Symptômes du passage des maladies mentales du stade où elles sont guérissables au stade inguérissable, en rapport avec la question des guérisons tardives et de la démence précoce ;

3° Les auto-intoxications dans les ma'a lies mentales;

4° Délimitation de la paralysie générale progressive d'avec les formes voisines des troubles mentaux ;

5° Transformation des asiles d'aliénés, en rapport avec la question du traitement par le repos au lit et l'installation des salles de surveillance ; influence du travail et du repos dans le traitement des maladies mentales ;

6° L'hypnotisme et la suggestion dans les maladies mentales et en médecine légale.

Maladies nerveuses :

1° Patholohie de la cellule nerveuse ;

2° Pathogénie de la syringomyélie ;

3° Chirurgie du système nerveux central ;

4° Paralysies spasmodiques de l'enfance ;

5° Traitement de la maladie de Graves ;

6° Pathogénie des tabes dorsalis.

Ce programme n'est pas encore définitif, car il sera ainsi présenté aux savants étrangers et russes qui auront à choisir, parmi ces questions, six des plus intéressantes (trois pour les maladies mentales et trois pour les maladies nerveuses) ; on pourra également en proposer d'autres si l'on en trouve de plus intéressantes.

Cours de gynécologie. — M. Auvard, accoucheur des hôpitaux, reprendra à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, les entretiens cliniques de gynécologie, le samedi 24 octobre, à deux heures de l'après-midi, et les continuera les mardis et les samedis à la même heure.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 5 et 10.

N° 44. L'UNION MÉDICALE 31 Octobre 1896.

SOMMAIRE

HOPITAL COCHIN

Service de M. RICHARDIÈRE

Gonflement des parotides dans l'urémie.

I

Diverses lésions des parotides (congestion simple, plus ou moins durable, inflammation suppurative, hypertrophie) figurent parmi les manifestations ordinaires des infections et des intoxications. Dans les infections aiguës ou chroniques, quelles qu'en soient la cause et la nature, les parotidites sont d'une réelle fréquence; elles sont plus rares dans les intoxications. On les a signalées dans le mercuralisme aigu ou chronique, dans l'arsenicisme. Dans le saturnisme, Renaut a noté la douleur au niveau des parotides et des glandes sous-musculaires, et récemment, Parisot a publié plusieurs faits de gonflement chronique de la parotide, observés chez des saturnins.

Dans l'urémie, qui est, à juste titre, actuellement considérée comme une véritable intoxication, le gonflement des parotides peut également être observé dans des conditions qui permettent de l'attribuer à l'intoxication urémique : témoin le fait suivant observé à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Richardière.

II

Coch..., quarante-sept ans, jardinier à Châtenay, entre le 3 juin à l'hôpital Cochin.

Le père de notre malade a succombé à une congestion cérébrale; sa mère est morte de fièvre typhoïde. Il a perdu trois frères de tuberculose pulmonaire.

Personnellement, il ne présente rien de spécial dans ses antécédents; il aurait eu l'influenza au moment de l'épidémie de 1889; en 1894, lumbago d'assez longue durée. Pas de syphilis. Il présente à peu près tous les signes de l'éthylisme : cauchemars, crampes dans les mollets, tremblement des extrémités, etc...

Au dire du malade, l'affection actuelle a débuté il y a quatre jours seulement; il était dans une période de santé en apparence parfaite, lorsque brusquement il fut pris la nuit de dyspnée, de crampes dans les doigts, de céphalalgie intense; le lendemain, les jambes présentaient un œdème notable, des démangeaisons se faisaient sentir et obligeaient le malade à se gratter continuellement.

En le découvrant, nous trouvons, en effet, sur tout son corps, principalement sur le tronc, des lésions de grattage assez disséminées. La percussion du thorax n'offre rien de particulier; à l'auscultation du poumon, on entend des râles de bronchite généralisée et des râles sous-crépitants siégeant au tiers moyen du poumon gauche, en arrière; râles probablement en rapport avec un peu d'œdème pulmonaire. Dyspnée : 30 respirations par minute. — A la région de la pointe du cœur, l'oreille perçoit un bruit de galop net (dédoublement du premier bruit). A la radiale, hypertension artérielle manifeste. — Œdème des paupières, du front, du thorax, des jambes. — Urines peu abondantes (250 grammes le jour de l'entrée), fortement colorées (glomérulo-néphrite); 2 grammes d'albumine par litre. Pas de pollakiurie.

Le malade se plaint de troubles de la vue, de brouillard devant les yeux; les pupilles sont un peu rétrécies; il n'existe pas de troubles auditifs. Il dit que ses mains sont engourdies; notamment, le petit doigt de la main gauche lui semble « mort ».

Mais le phénomène sur lequel le malade attire le plus notre attention, le seul dont il se plaigne, est une céphalée intense, surtout frontale, assez prononcée pour l'empêcher de dormir et qui s'accompagne parfois d'une sensation de vertige. Température : soir, 38°2; matin, 37°8.

L'appétit est conservé; ni vomissement ni diarrhée.

Traitement : régime lacté absolu, purgatif, ventouses sèches.

4 juin. — Quantité d'urine : 500 grammes, avec les mêmes caractères. La céphalalgie persiste aussi intense; quelques nausées.

Le malade se plaint d'une douleur au niveau de l'angle du maxillaire droit. Nous constatons, en effet, que la région parotidienne est rouge, augmentée de volume; on peut néanmoins se rendre compte facilement que la fluxion siège bien dans la parotide. Elle est survenue brusquement la nuit, rendant pénibles les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire; la cavité buccale est normale; pas de

stomatite ni de rougeur au niveau de l'orifice du canal de Stenon. Pas de salivation.

Dans la soirée, il se produit une poussée congestive du côté de la parotide gauche; mais celle-ci n'atteint pas le volume de la parotide droite, bien qu'aussi douloureuse. Aucun phénomène du côté des testicules. Température : soir, 38°; matin, 37°8.

5 juin. — Même état local des parotides.

500 grammes d'urine; 1 gramme d'albumine par litre.

Les signes pulmonaires ne se sont pas modifiés. Céphalée toujours intense.

6 juin. — Les parotides ont sensiblement diminué, en même temps que les mouvements de mastication sont devenus moins douloureux.

En raison de la persistance de la céphalée, de la rareté des urines, et de la dyspnée qui s'accroît (38 respirations par minute), on pratique une saignée de 400 grammes, suivie dans la soirée d'une injection sous-cutanée de 800 grammes de sérum artificiel.

7 juin. — La quantité des urines augmente : 1000 grammes dans les vingt-quatre heures. La céphalée diminue, mais réapparait une vingtaine d'heures après l'injection de sérum.

1 gramme d'albumine par litre d'urine.

Respiration plus facile : 26 inspirations par minute.

8 juin. — Une injection sous-cutanée de 800 grammes de sérum de Hayem est suivie d'une élévation de la température à 39°6, probablement due à ce que le liquide injecté n'avait pas été porté à la température du malade.

9 juin. — Parotide normale à gauche; la parotide droite est encore légèrement tuméfiée. Empâtement assez étendu de la région thoracique postéro-inférieure droite, à un point correspondant au lieu de l'injection.

La température est retombée à 38°2. Disparition de la céphalée pendant quelques heures après l'injection, mais l'amélioration dure peu.

Mêmes signes stettoscopiques du côté du cœur et des poumons.

Urines : 1 litre, 1gr70 d'albumine. Diarrhée abondante : dix à douze selles liquides dans les vingt-quatre heures.

11 juin. — L'œdème de la paroi thoracique, observé après l'injection, a presque entièrement disparu. Râles bronchitiques beaucoup moins nombreux, respiration presque normale. Quatre selles dans la journée.

13 juin. — La quantité d'urine s'est élevée progressivement depuis quatre jours et atteint aujourd'hui 1,500 grammes : 0gr50 d'albumine par litre.

Le malade éprouve une amélioration considérable : plus de céphalalgie, plus de dyspnée; la diarrhée a cessé spontanément. Il ne reste aucun œdème appréciable.

Les jours suivants, la polyurie persiste sans que le malade soit soumis à un autre traitement qu'au régime lacté; la quantité des urines émises varie entre 2,500 et 4,000 grammes, cependant que le taux de l'albumine descend à 0gr50, 0gr25. Nouvelle crise diarrhéique le 23 juin; elle cède facilement à l'élixir parégorique, prescrit en raison de la fréquence considérable des garde-robes.

III

Ces manifestations parotidiennes de l'urémie peuvent être attribuées à deux causes : à l'exagération de la sécrétion parotidienne ou à ses modifications chimiques.

L'exagération de la sécrétion parotidienne est un fait fréquent dans l'urémie. Le ptyalisme a été signalé dans un assez grand nombre d'observations. Il est parfois très marqué. Dans une observation de Barié, une malade rendait de 850 à 900 grammes de salive dans les vingt-quatre heures.

Dans le fait que je viens de rapporter, l'exagération de la sécrétion parotidienne n'existait pas. Le malade n'avait pas de phyalisme. Dans ce cas, il faut donc attribuer les altérations de la parotide aux modifications chimiques de la salive.

Ces modifications sont encore à peu près inconnues, surtout au point de vue de l'élimination des leucomaïnes et des toxines animales. Il est vraisemblable qu'elles sont considérables.

On sait, d'ailleurs, qu'en cas d'insuffisance rénale, la salive joue un rôle dépurateur important et constitue une voie d'excrétion supplémentaire. L'analyse chimique de la salive des urémiques démontre presque constamment la présence de l'urée dans cette sécrétion. Fleischer l'a notée dans 38 analyses sur 45.

Concours de l'internat. — La lecture des copies de la composition écrite « Origine et tronc de la veine-porte; perforations intestinales », a commencé, pour les candidats militaires, mercredi 21 octobre.

(Questions restées dans l'urne : Nerf récurrent; adénopathies trachéo-bronchiques. — Rapports de la trachée; cancer de l'œsophage).

Les séances d'anatomie et de pathologie auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures, à la Charité.

Le jury s'est partagé en deux sections :

Section de pathologie. — MM. Merklen, Achard, Léon Labbé, Guinard, Varnier.

Section d'anatomie — MM. Brocq, Guyot, Berger, Lejars, Championnière.

La section d'anatomie entendra la lecture des copies dans l'ordre normal du tirage, du nº 1 au nº 306.

Pour la pathologie, la lecture commencera du nº 154 au nº 306 pour se continuer du nº 1 au nº 153.

Le nombre des candidats était de 550. Il y a eu 306 copies déposées.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Voici d'abord un résumé du long rapport de M. le docteur Forgue, sur la première question.

PREMIÈRE QUESTION

Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.

M. le docteur Forgue (de Montpellier), rapporteur.

Évolution actuelle de la question.

Le pied bot est un ensemble de subluxations, d'autant plus difficilement réductibles que les os ont le temps de se déformer davantage et les rétractions fibreuses de s'accentuer. Malgré la sécurité que nous a apportée l'antisepsie, nous continuons à admettre l'emploi de la force pour réduire les os luxés. Il est donc logique d'en faire l'application aux déplacements du pied bot.

Dans les cas graves et invétérés, dans les formes irréductibles, la médecine opératoire a pris une place considérable.

Le varus équin congénital a été seul visé par le rapporteur.

I

IMPORTANCE ET RAISONS D'UN TRAITEMENT PRÉCOCE

La règle dominante est la précocité du traitement. Chez les enfants vigoureux, nous l'avons souvent commencée dès le premier mois, nous dit M. Forgue, bien que l'application des plâtres rencontre, à cet âge, quelques difficultés. L'enfant ne subit ainsi aucun retard dans ses premiers essais de marche : la plante aura repris à ce moment ses appuis normaux et la longue période de convalescence se sera achevée avant que l'enfant ne mette pied à terre.

1° *Chez le jeune enfant, la malformation osseuse n'est point initiale et reste corrigible.* — C'est sur le tarse postérieur, sur l'astragale surtout, centre physiologique des mouvements du pied et pivot de ses déformations, que se concentre l'intérêt de cette question. Or, il est manifeste qu'ici les déformations squelettiques sont la conséquence et non la cause de la déviation. Il est cependant un trait caractéristique des déformations de l'astragale dans le varus équin qui mérite discussion : c'est l'obliquité exagérée de la tête et du col, par rapport au corps de l'os.

Mais s'agit-il là vraiment d'une modification anatomique congénitale assez constante, assez accentuée pour créer de bonne heure des obstacles à la réduction? Nous ne le pensons pas. Il ne faut point oublier que, chez le fœtus à terme, l'astragale présente, à l'état normal, un col oblique sur le corps. En se rapportant à ce type normal, on voit que cette fameuse torsion du col astragalien ne le dépasse point, en général, d'une quantité considérable, excepté dans quelques cas où elle s'accentue manifestement, et qui vraisemblablement répondent à ceux, bien connus des cliniciens, chez lesquels, à égalité d'âge, parfois même à égalité de déviation apparente, la réduction se heurte à des résistances très difficiles à surmonter.

Mais cette mauvaise configuration originelle du massif tarsien, de l'astragale surtout, est l'exception.

De ce préambule anatomique, concluons : Chez le nouveau-né, chez le jeune enfant, les déformations squelettiques sont généralement corrigibles. Le processus d'ossification n'est point frappé d'un trouble primitif, d'un vice de développement capable d'agir comme cause suffisante de la déviation et comme condition productrice de la récidive. En réalité, la loi de toutes les déformations ostéo-articulaires est ici applicable ; aux points de pression, les cartilages s'aplatissent, se défigurent par appui mutuel et cessent de croître; aux points décomprimés, ils poussent librement ou même avec exubérance.

Devancer ces déformations, c'est évidemment la première conclusion thérapeutique qui s'en déduit; et puisque, chez le jeune enfant, les obstacles résident surtout dans les parties molles rétractées, la rupture de ces résistances sera d'autant plus aisée qu'elle sera plus précoce.

2° *Importance d'une contention prolongée.* — Une deuxième indication s'en dégage : réduire est bien, maintenir est plus important encore. D'une part, il est nécessaire, sous peine de récidive, et par une contention prolongée, de mettre les parties molles, dont le pouvoir déformateur est considérable, hors d'état de recommencer; il faut donner aux ligaments et aux tendons le temps de reprendre leur tension normale, leur longueur, leur équilibre. D'autre part, ce que quelques mois de pression irrégulière ont produit sur le squelette, comme déformation, il faudra des mois de position corrigée et patiemment maintenue pour le rectifier, pour le façonner à nouveau suivant le modèle normal.

Sans doute, si l'on considère les détails de l'ossification du pied, il semble qu'on ait du temps devant soi pour obtenir ce résultat. Thorens nous dit que l'ossification du pied n'est complète qu'à l'âge de

huit ans; mais c'est bien avant ces délais qu'il subit des déformations irréductibles. Dès l'âge de trois ans, on peut trouver des noyaux osseux déjà déformés. Le pied s'accroît très rapidement dès les premiers mois de la vie, et c'est à ce moment surtout, où le petit pied, gras et court, de l'enfant, s'allonge, se forme et commence à perdre de sa mobilité première, que s'exerce avec le meilleur résultat la rectification par les moyens orthopédiques.

L'indication est d'autant plus formelle qu'au delà de la première année l'enfant va commencer à marcher, et que les déformations vont s'en trouver très accrues.

II

DES CONDITIONS DE LA CORRECTION : SES PRINCIPES RATIONNELS

1° *Éléments de la déformation du varus équin.* — Décomposons les éléments de la déformation du varus équin. D'abord, l'*équinisme* : il est produit par l'extension forcée dans l'article tibio-tarsien. A ce déplacement s'ajoute, comme déviation homologue, l'incurvation des faces qui tend à creuser la plante et à surélever le dos du pied. En second lieu, le *varus*. C'est une déviation complexe où se combinent : 1° l'adduction du pied portant la pointe en dedans; 2° l'incurvation des bords, l'externe devenant convexe et l'interne concave; 3° la torsion du pied autour de son axe antéro-postérieur, relevant le bord interne et abaissant le bord externe, si bien qu'en projection verticale le premier peut se confondre avec le dernier, ou même se dossiner en dehors de lui.

2° *Localisation anatomique de ces éléments.* — L'équin est le fait de l'articulation tibio-tarsienne; le varus des médio-tarsiennes. La formule est brève et nette, mais demande des commentaires.

D'abord, à l'extension tibio-tarsienne, qui porte l'arrière-pied, presque dans le prolongement de la jambe, se combine la flexion de la plante, au niveau de la médio-tarsienne comme charnière, qui, ployant l'avant-tarse sur le tarse postérieur, cambre le dos du pied et entre pour une part plus considérable qu'on ne suppose dans l'attitude équine.

L'adduction du varus est complexe, avons-nous dit. Mais au total, l'adduction physiologique — et, partant, le varus qui en est l'expression pathologique — se passe, par trois parts inégales, dans trois jointures : 1° rotation interne, autour d'un axe longitudinal, dans l'article tibio-tarsien; 2° flexion-adduction dans l'interligne médio-tarsien; 3° enfin dans l'articulation sous-astragalienne, bascule du calcanéum qui vire en portant sa tête en avant et en dedans, et verse sur sa face externe.

Donc les manœuvres de réduction doivent se conformer à ce triple déplacement : 1° redresser et refouler le calcanéum en portant en dehors son apophyse cuboïdienne, en le remettant d'aplomb, et en le faisant reculer sous le plan incliné astragalien; 2° déflechir l'article médio-tarsien, c'est-à-dire repousser en dehors le scaphoïde glissant sur la surface condylienne de l'astragale et le cuboïde sur la trachlée oblique de la tête calcanéenne; enfin faire tourner l'astragale dans la mortaise tibio-astragalienne, de façon à le reculer vers la malléole péronière, et à le faire avancer au-devant de la malléole tibiale.

Ces manœuvres, et surtout le redressement du calcanéum sous l'astragale, ont pour résultat de supprimer la supination du pied, cette torsion qui, poussant le bord externe sous le bord interne, enroule la plante et la creuse d'un sillon longitudinal, bien connu des chirurgiens.

3° *Résistances s'opposant à la réduction ou à son maintien :*

a) *Résistances à la condition de l'équinisme.* — Le pied est maintenu en équinisme par le tendon d'Achille rétracté. De plus, de fortes adhérences unissent en arrière le calcanéum aux os de la jambe, qui prennent contact avec lui par deux facettes articulaires : le faisceau fibreux le plus résistant est constitué par le ligament péronéo-calcanéen de Bessel-hagen. La flexion oblique de l'avant-tarse sur le tarse postérieur — d'où résulte une voussure du pied qui complète l'attitude équine — est fixée par les ligaments de la plante, dont nous allons voir le rôle dans le maintien du varus.

Chez le nouveau-né et dans la prime enfance, les seuls obstacles à la réduction de l'équinisme viennent de ces résistances fibreuses. Il faut un séjour de quelque durée de l'astragale hors de la mortaise pour que cet os montre les déformations définitives qui empêchent sa rentrée dans la chape tibio-péronière. Chez l'enfant et l'adolescent, après quelques années de marche et de station debout, la partie antérieure de la poulie astragalienne ayant perdu droit de domicile s'est élargie, montrant sur sa face externe, devant le péroné rejeté en arrière, la tubérosité signalée par Nélaton. En même temps, elle s'est exhaussée, formant un véritable gradin qui fait cran d'arrêt, tandis que la partie postérieure, tassée et couverte par le plateau tibial, s'est amincie en un coin plat à tranchant postéro-interne.

b) *Résistances à la correction du varus.* — Pour corriger le varus, quels seront les obstacles à supprimer? D'abord les résistances fibreuses, ligaments et tendons; chez le jeune enfant, c'est avec elles surtout qu'il faut compter. Les descriptions classiques ont, jusqu'à présent, représenté les ligaments dor-

saux comme étirés et amincis, les plantaires comme épais et rigides. En réalité, les premiers qui, mis en tension par le déplacement, ont un rôle de frein, sont hypertrophiés. Les plantaires sont surtout raccourcis, et c'est plus par leur rétraction que par leur épaississement qu'ils résistent.

Une première et solide entrave vient du ligament deltoïdien du ligament latéral interne, qui se prolonge en avant, enchaînant la tubérosité du scaphoïde à la malléole tibiale, méritant, par l'étendue de ses attaches, le nom de tibio-calcanéen-glénoïdien-scaphoïdien, et, dans les cas invétérés, s'interposant entre le scaphoïde et la malléole, à la façon d'un ménisque inter-articulaire.

Autre résistance : ce sont les deux tendons jambiers, le postérieur surtout. Ils ont entraîné à la remorque et fixent tout l'assemblage osseux de l'avant-tarse.

Voilà les obstacles qu'il faudra rompre au côté interne. Sous la plante, d'autres liens résistent : d'abord, l'aponévrose plantaire rétractée, avec ses dépendances anatomiques, les deux cloisons intermusculaires, surtout la cloison interne qui sous-tend en corde rigide le bord osseux du pied. Puis, le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur ou glénoïdien, dont le rôle nous paraît considérable.

Il faut s'attendre à des résistances fortes opposées par le grand ligament de la plante, calcanéo-cuboïdien inférieur. Quand le cuboïde, subluxé progressivement sur la trochlée calcanéenne, s'est porté en dedans de cette surface articulaire, étendue par frottement, la direction de ce grand ligament, à trois étages de fibres, s'est déplacée. Il n'a plus son orientation antéro-postérieure, suivant l'axe de la plante; il forme maintenant une sangle oblique, raccourcie et partant rétractée, sous-tendant le cuboïde et l'appliquant contre le biseau qui tend à se former à la face interne de la grande apophyse calcanéenne.

Trois plans de fibres maintiennent cette position vicieuse. L'effort de rupture doit porter surtout sur les fibres moyennes. Elles sont l'agent dominant de la flexion plantaire, dans l'interligne médio-tarsien, et trouvent dans la cloison fibreuse, rétractée et oblíquée du ligament en Y, un faisceau de renforcement : c'est elles qu'il faut rompre pour aplatir la semelle creuse du varus, et si l'excision de la partie antérieure du calcanéum nous fournit une action correctrice aussi évidente, cela tient à la suppression des insertions postérieures de ces fibres, au moins autant qu'à l'ablation de l'obstacle osseux.

Poussés par les forces puissantes qui entraînent l'avant-pied en adduction, le scaphoïde, abandonnant la partie frontale de la tête astragalienne, et le cuboïde, subluxé en dedans de la grande apophyse du calcanéum, se créent une néarthrose. C'est d'abord un simple déplacement, une migration interne des facettes articulaires normales. La tête astragalienne montre, au début, un empiètement de la facette scaphoïdienne sur le côté interne du col; puis la tête, rétrécie, devient pointue et à double face, l'empreinte articulaire primitive, presque totalement désertée, demeurant reconnaissable et incluse encore dans les insertions capsulaires; à un degré plus avancé, la tête n'est plus qu'un sommet mousse, une tubérosité dépolie et raboteuse qui termine le col, pendant que sur le flanc interne de ce dernier s'est taillée une facette oblique en bec de flûte, où presse le scaphoïde. — Mêmes étapes de déformation progressive sur l'extrémité antérieure du calcanéum.

4° *Des conditions de réductibilité du pied bot suivant l'âge du sujet.* — Jusqu'à trois ans nous avons réduit à la main, avec adjonction fréquente de la ténotonomie du tendon d'Achille, 31 pieds bots; nous en avons trouvé 2, dont 1 chez un enfant de trois mois, qui ont résisté au redressement forcé et nécessité le Phelps. Au delà de trois à quatre ans, les résistances internes et plantaires s'accentuent : leur rupture de force par les instruments ou leur section à ciel ouvert trouvent plus souvent indication ; les déformations de l'astragale motivent maintes fois l'ablation de cet os et l'excision complémentaire de la tête calcanéenne. Après dix ou douze ans, les déformations secondaires de la marche et leur fixation par l'ossification tarsienne imposent de plus larges tarsectomies. Mais ce ne sont là que des formules approximatives, sujettes à variantes individuelles. Il est des pieds varus à squelette précocement déformé, irréductibles, que ne revèlent ni l'âge ni le degré apparent de la difformité. « Le pied bot récent se juge à la main plutôt qu'à l'œil », a dit Farabeuf.

III

REDRESSEMENT MANUEL

1° *Technique du redressement forcé.* — Dans le varus équin il faudra d'abord corriger la deviation de l'avant pied et redresser la courbe du bord interne; puis c'est la volutation de la plante qu'il faudra rectifier; c'est enfin à l'extension tibio-tarsienne qu'on s'adressera.

La main est un excellent instrument de correction. Nous redressons le pied de vive force, en une ou quelques séances. Généralement — pour la première séance, du moins — nous anesthésions le malade. L'extrémité inférieure de la jambe est amenée au bord de la table : nous la fixons nous-même de la main de même sens que le pied traité : à savoir, main droite pour le pied droit, gauche pour le pied gauche. Cela a son importance : la main disponible, saisissant l'avant-pied, paume sous

la plante, éminence thénar sous le bord interne, pouce embrassant ce bord en crochet, prend ainsi une plus favorable attitude pour pousser le pied en dehors, faire basculer la plante en pronation, bord interne en bas.

Brisez les résistances par temps successifs. D'abord celles internes qui courbent le bord osseux : en arrière le ligament tibio-scaphoïdien et les tendons jambiers dont l'élongation ou la rupture nécessite une solide immobilisation du tibia et un appui ferme du pouce au niveau de la tubérosité scaphoïdienne ; plus en avant, les fibres qui sous-tendent l'arc osseux du bord interne et pour la distension desquelles le pouce doit se porter plus en avant. Ce redressement du coude interne est aidé par une autre manœuvre : embrassez d'une main l'arrière-pied, de l'autre l'avant-pied, les deux pouces se touchant sur le bord externe, les doigts tirant sur le bord interne ; faites effort sur les deux pouces, comme point d'appui aux deux mains redressant l'arc osseux. Parfois nous avons rectifié le pied sur un billot cunéiforme à angles mousses.

Il s'agit maintenant de vaincre les entraves plantaires. Pour cela, le maximum d'effort doit s'excercer avec la région thénarienne qui pousse la plante en abduction et en pronation, la main agissante tenant fermé en bracelet l'avant-pied. Par pesées successives, vous sentez les liens fibreux céder. L'aponévrose plantaire se déploie, à la condition que la pression s'exerce surtout vers le bout des métatarsiens : si cet étalement en incomplet, on l'achève par l'aponévrotomie.

Faire virer en dehors la tête du calcanéum et remettre d'aplomb cet os, basculé sur son flanc externe : voilà, nous le savons, la condition de réduction de l'enroulement plantaire. Le succès de cette manœuvre suppose absolument la fixité de l'astragale dans la mortaise tibio-tarsienne. Coupez prématurément le tendon d'Achille, qui cependant est un des facteurs de cette supination, et la correction devient malaisée. L'abduction de l'avant-pied, en distendant ou rompant les liens internes, les fibres de l'Y, les faisceaux moyens du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, permettent au calcanéum, ainsi mobilisé par rapport au scaphoïde et au cuboïde, d'évoluer sous l'astragale, de remonter en arrière sous sa facette inclinée et, remontant, de se redresser. Mais, nous trouvons qu'on aide à ce déroulement de la plante en exerçant, autour d'un axe antéro-postérieur, des mouvements de torsion de l'avant-pied en dedans.

Reste alors l'équinisme tibio-tarsien. Certes, la rentrée de l'astragale dans la mortaise, même chez les sujets jeunes, n'est point toujours commode. L'on dispose cependant d'un puissant bras de levier pour le réintégrer; et la diastase malléolaire, à un degré léger, ne comporte point de gêne fonctionnelle durable : l'accommodation se fait vite à cet âge. Néanmoins, dans tous les cas où le tendon d'Achille montre une résistance notable, commencez par couper le tendon d'Achille.

2° *Appareils de contention après le redressement manuel.* — Maintenir est aussi important que rectifier. Et pour cela, il nous semble qu'il n'y a qu'un appareil : le plâtré. Nous le plaçons sans interposition d'ouate : nous nous contentons de recouvrir de bandelettes de gaze iodoformée étalées sans pli, les petites plaies de l'énotomie ou les menus éclatements cutanés qui parfois se produisent au niveau du coude au bord interne. Chez les tout jeunes, nous plaçons autour du membre un bandage roulé de flanelle, soigneusement ajusté, qui partage la peau et fixe le plâtré.

Nous employons quelquefois une double attelle à la façon de Maisonneuve : l'une allant de la racine des orteils au milieu de la cuisse en embrassant le talon, l'autre sanglant la plante en étrier. Plus souvent, maintenant, nous faisons, depuis le bout des orteils jusqu'au milieu de la cuisse, un bandage roulé avec une bande de mousseline plâtrée.

IV

TÉNOTOMIES

La section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire est l'auxiliaire, le plus souvent nécessaire, du massage forcé. Si l'équinisme est prononcé, si l'on ne peut, après correction de l'adduction, obtenir une flexion dorsale suffisante, on fait la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. Si le doigt sent à la partie interne de la plante, portée en abduction, une corde dure formée par l'aponévrose, on peut aussi en faire la section sous-cutanée. Mais, pour les tendons jambiers et pour les ligaments plantaires, si la résistance vient d'eux, nous les coupons à ciel ouvert, à l'instar de Phelps.

V

REDRESSEMENT INSTRUMENTAL

Nous estimons que chez les jeunes et jusqu'à l'âge de trois à quatre ans, la vigueur de la main est suffisante si elle est bien dirigée.

Après quatre ans, et dans les formes graves, le pied résiste à la main : l'obstacle vient surtout de l'astragale, qui ne veut point rentrer dans sa mortaise. Sans doute, sous l'énergique poussée du levier on peut l'y contraindre; et Vincent, Delore, ont obtenu, sur des pieds bots invétérés, de belles réductions. Nous ne recommandons point la force poussée à ces limites. Nous ne tirons point notre

objection des délabrements osseux qu'entraîne la tarsoclasie. Il y aurait pourtant des réserves à faire sur ce point. Le danger de localisations tuberculeuses, chez des enfants scrofuleux et prédisposés, n'est pas une objection de pure théorie. Il faut, de plus, un outillage spécial : c'est, partant, une complication, et, dans la pratique courante, une contre-indication. Enfin et surtout, il nous paraît plus conforme aux habitudes de la chirurgie aseptique de préférer, dans les cas graves des adolescents et des adultes, la section à ciel ouvert des résistances fibreuses de la portion interne de la plante et la résection des obstacles osseux.

VI

BOTTINES ORTHOPÉDIQUES DE REDRESSEMENT

Lorsque nous avons obtenu le parfait redressement avec flexion tibio-tarsienne dépassant l'angle droit, à ce moment, si l'enfant a déjà marché, il importe de le mettre à terre pour utiliser l'action modelante de la marche qui, lorsque le malade est redevenu « plantigrade », contribue à étaler la plante sous la pesée du corps, à assouplir les ligaments, à rétablir l'équilibre des muscles antagonistes, à façonner par leur jeu réciproque les surfaces articulaires replacées en relations normales. La marche, facteur redoutable de déformation sur un pied de statique défectueuse, devient ainsi un agent de correction. — Le meilleur appareil à cette phase est une guêtre lacée de cuir moulé, renforcé par des tiges métalliques latérales, qui chausse le pied en dessous de la bottine.

Un artifice, déjà conseillé par A. Paré, consiste à interposer, entre les lames de la semelle de la bottine, une semelle métallique qui se prolonge en ailette sur le bord externe : quand l'enfant pose le pied à terre, il tend à rencontrer le sol par le bord externe; mais cette rencontre se fait par la lame métallique recouverte de cuir, qui sur ce point déborde la semelle; elle prête un peu sous l'appui, puis réagit par son élasticité et opère, à chaque pas, le déplacement du pied en abduction.

VII

OPÉRATION DE PHELPS

La section de Phelps a parfois été nécessaire chez des petits de deux ans, dans des cas d'une gravité précoce, et, par contre, il est arrivé qu'elle a pu suffire à un redressement parfait chez des adolescents ayant dépassé la quinzième année; il est vrai qu'en pareil cas il était question, le plus souvent, de pieds bots paralytiques, moins exposés aux promptes déformations osseuses, car cette condition fixe les limites du pouvoir de Phelps : il faut que les modifications de forme du squelette soient assez peu intenses pour permettre la rectification d'attitude, pour assurer l'équilibre de cette position rectifiée, pour laisser la nature modeler à nouveau les surfaces et rétablir les relations anatomiques normales.

L'incision de Phelps entaille, à plein tranchant, le bord interne du pied, suivant le pli qu'y marque l'adduction du varus, entre la malléole tibiale et la tubérosité du scaphoïde rapprochées anormalement. Elle s'avance assez sur la face dorsale du pied pour permettre la section du tendon du jambier antérieur. Elle descend, entamant plus ou moins loin et plus ou moins profondément, suivant indications, l'ourlet interne de la plante. Le grand avantage du Phelps, c'est en effet de mesurer les sections aux obstacles : l'aponévrose plantaire, l'adducteur du gros orteil, le tendon du jambier postérieur sont sectionnés; on essaie alors le redressement; si l'on réussit, l'opération n'est pas poussée plus loin. Sinon, il faut d'abord, d'un coup de bistouri contournant la malléole, trancher le ligament deltoïde interne de l'article tibio-tarsien; sans hésiter, il faut encore entrer à plein tranchant immédiatement en arrière du tubercule scaphoïdien, dans l'article médio-tarsien.

Une particularité par laquelle se distingue le mode opératoire de Kirmisson et que nous adoptons, c'est de ne point donner à l'incision plantaire cette étendue que Phelps lui accordait : les obstacles sont, dans le médio-tarse, plus abordables sur le dos qu'à la plante où Phelps a sectionné les fléchisseurs et n'a point toujours évité l'artère et le nerf plantaire interne. On a, d'ailleurs, la ressource de compléter les débridements en faisant au ténotome, et de dedans en dehors, la section sous-cutanée de toute l'aponévrose plantaire et du court fléchisseur. Si la peau plantaire, rétractée et indurée, paraît constituer un obstacle, rien n'empêche de prolonger la section cutanée : s'il faut couper le jambier antérieur, l'incision n'a qu'à monter un peu plus sur le dos du pied. Dans le cas d'astragale à col tordu, on peut faire l'ostéotomie de ce col. En un dernier temps, on pratique la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. On ne doit s'arrêter que quand le pied est droit.

La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée doucement chiffonnée : un appareil ouaté recouvre le pied, et un plâtré l'immobilise d'emblée. La cicatrisation s'est accomplie en moins de huit semaines dans la plupart des observations. On pourrait craindre que cette cicatrice transversale formée par granulation, gênât l'appui sur la plante; or, s'il est parfois arrivé qu'elle demeure douloureuse, adhérente, siégeant au fond d'une dépression en encoche du bord interne, le plus souvent elle s'assoupit à la

longue, se distend, se mobilise sur les plans profonds et demeure très tolérante à la pression.

Bénigne, l'opération de Phelps l'est toujours, à la condition d'être aseptique. Efficace, elle l'est en des cas où des interventions plus graves ont échoué. Mais, il ne faut point exagérer sa valeur; nous connaissons des cas de récidive; Hoffa nous signale aussi les échecs dus aux tendances rétractiles de la cicatrice du bord interne du pied.

VIII

INTERVENTIONS SUR LE SQUELETTE

Il est un âge du malade, il est surtout un degré de la difformité, où le pied bot cesse d'être curable par les moyens orthopédiques, même aidés du Phelps. D'abord, quand les résistances viennent du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, il n'est point facile d'entamer avec précision ses fibres profondes. Mais ce sont surtout les déformations osseuses irréductibles qui marquent les bornes à sa valeur correctrice.

Il paraît logique de fixer l'opération d'après la date de l'ossification définitive du tarse, comprise entre huit et dix ans. C'est une moyenne cliniquement acceptable; mais que d'exceptions!

Deux tendances inverses se sont récemment accusées, parmi les chirurgiens, au sujet des tarsectomies: les uns cherchent à limiter au minimum utile le sacrifice du squelette; les autres, visant la rectification totale et immédiate de la difformité, ne s'arrêtent dans leurs excisions que lorsque le pied, flasque et malléable, peut être porté sans aucune résistance dans la position de correction et même de légère hypercorrection.

Les interventions économiques s'efforcent de préciser les obstacles et de localiser sur eux l'action thérapeutique; elles veulent être aussi radicales, mais à moins de frais. Il est actuellement établi que certaines tarsectomies partielles ne sauraient suffire au redressement.

C'est sur le tarse postérieur, nous le savons, que siègent les lésions fondamentales. Or, pour redresser un varus équin invétéré, osseux, quelles corrections nécessaires et minima faut-il apporter au squelette médio-tarsien?

Il sera donc nécessaire d'abattre la tête de l'astragale et de faire sur le calcanéum une résection suffisante, complétée si besoin par un raccourcissement portant sur le cuboïde. Ce coin est à base externe, pour corriger l'adduction; il faut aussi qu'il soit à base dorsale pour corriger la flexion de la plante vers le sol, élément complémentaire de l'équinisme.

Ceci corrige le varus. Reste l'équin: pour le rectifier, il est nécessaire de rendre à l'astragale une configuration qui lui permette de réintégrer la mortaise. L'astragale doit être décapité pour laisser passer à face antérieure le scaphoïde, aminci sur son flanc externe pour abattre la saillie prépéronière de Nélaton, abaissé pour supprimer la barre transversale qui exhausse la partie antérieure de sa trochlée: triple retouche à laquelle on préférera, comme c'est notre sentiment et notre pratique, l'extirpation pure et simple d'un os dont le pied supporte aisément la privation.

A elle seule l'astragalectomie, complémentaire et synergique de la section du tendon d'Achille, s'adresse presque exclusivement à l'équinisme. Grâce au vide qu'elle laisse et au relâchement qui en résulte pour les fibres de Besselhagen, le calcanéum se relève sur le bord postérieur de la mortaise. Mais sa supination persiste; mais le scaphoïde demeure fixé par l'épais ligament calcanéo-scaphoïdien, de même que le cuboïde est enchainé en dedans de la grande apophyse, formant obstacle, par les fibres calcanéo-cuboïdiennes.

Pour remettre d'aplomb le calcanéum versé sur son flanc externe, l'opération de Gross nous semble la solution logique du problème. Combinez à l'astragalectomie l'excision d'un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcanéum; plus exactement, réséquez, en pleine épaisseur et à convenable distance de l'interligne, en tenant le ciseau perpendiculaire à l'axe de l'os, la grande apophyse calcanéenne: du même coup, vous enlevez le biseau oblique, obstacle à la réduction du cuboïde, et vous supprimez, avec la saillante tubérosité plantaire antérieure et le sustentaculum, le point d'attache des fibres calcanéo-cuboïdiennes et scaphoïdiennes, la clef du médio-tarse. L'excision de l'obstacle osseux se complète, ainsi, par la destruction des résistances fibreuses.

« L'œuvre de redressement du pied, nous dit Championnière, doit être achevée par l'opération ». C'est une formule à laquelle nous nous rallions sans discussion. Quand on a pris le bistouri, pour un pied bot invétéré et osseux, on ne doit s'arrêter qu'après la suppression de toutes les résistances, après qu'on a pu atteindre et qu'on peut maintenir sans effort une position en hypercorrection légère. L'astragale et la grande apophyse calcanéenne ont été supprimés; le pied ne se redresse point totalement. « On enlève le scaphoïde, dit Championnière, et on donne ainsi un peu de souplesse au centre du pied. Mais cela ne suffit pas encore, et si on fait sauter le cuboïde, on obtient ainsi un immense espace vide à la place où était la masse osseuse constituant la voûte du pied. Or, on est surpris que malgré ce vide et cette souplesse, le redressement obtenu soit imparfait; j'enlève alors les cunéiformes. Ordinaire-

ment, le métatarse est alors facilement entraîné en haut, le talon s'abaisse et le déroulement du pied est complet. Cependant j'ai dû, en d'autres circonstances, compléter l'opération, soit par l'ablation de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, soit par l'ablation du tiers antérieur du calcanéum. »

Les résultats éloignés nous conduisent à admettre pleinement la doctrine et la pratique de Championnière. Encore, faut-il considérer que le pied bot, sain et non infecté, supporte et répare, avec une grande rapidité et une plus parfaite simplicité des suites opératoires, ces massives excisions osseuses. Dès la troisième semaine, nous dit Championnière, il est possible de faire reposer le sujet sur le pied opéré et de préluder aux essais de marche. Et cette mobilisation précoce, par la restauration musculaire qu'elle suscite, par l'étalement plantaire qu'elle entraîne, par le massage et l'assouplissement tarsien qu'elle entretient, contribue à la parfaite restitution des fonctions et de la forme. Ce pied, dont le squelette tarsien a disparu, prend sur le sol ses appuis réguliers : la voûte se restaure, et la plante, convenablement cambrée et seulement raccourcie, marque une empreinte normale, bien d'aplomb sur ses trois talons. Rapidité de la réparation anatomique; restitution fonctionnelle parfaite; suppression de tout traitement ultérieur et de tout appareil redresseur; voilà des avantages assez nets pour nous décider à réséquer, sans parcimonie, le squelette des pieds bots à grandes déformations osseuses.

Mais nous n'allons pas jusqu'à penser, comme Championnière, qu'il y a là des conditions telles, qu'elles changeront toute la thérapeutique du pied bot.

« Pourquoi, nous dit-il, tourmenter de jeunes enfants d'appareils inefficaces et difficiles à supporter, puisque la seule conséquence de l'accentuation de la difformité sera une excellente opération, seule susceptible d'amener la correction définitive sans addition d'appareils et sans soins consécutifs? On attendra donc patiemment l'âge où ces opérations sont possibles, soit de cinq à sept ans, selon la vigueur de l'enfant. »

Nous estimons, au contraire, que le plus parfait traitement des formes graves de l'adolescent, c'est leur prophylaxie chez le jeune enfant, c'est leur correction précoce, empêchant l'aggravation et la fixation des difformités, et que, s'il est efficace et simple de faire une tarsectomie, il est meilleur d'en supprimer l'indication.

Il est une déformation qui accompagne les pieds bots graves : c'est la torsion congénitale ou acquise, des os de la jambe sur leur axe longitudinal, lésion connue des classiques; la malléole interne est devenue antérieure et l'externe a tourné en arrière. Dans le pied-bot invétéré de l'adolescent et de l'adulte, cette part de difformité, qui nécessite parfois l'usage de grands appareils à tuteurs, peut exercer sur la statique du pied, en déplaçant la ligne de gravité, une influence propice à la récidive; il devient utile, en pareille déformation, de replacer la mortaise en bonne direction, par l'ostéotomie susmalléolaire. *(A suivre.)*

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1896

M. Henri Monod informe l'Académie que M. Yersin a obtenu à Anoy 20 guérisons sur 22 cas de peste bubonique, au moyen des injections sous-cutanées du sérum qu'il a préparé.

« Après le départ de Canton du docteur Yersin, écrit le consul de France à Haïphong, M. Chausse a pratiqué la même opération sur deux autres élèves également atteints de la peste bubonique, qu'il a guéris.

« Après s'être assuré par l'intermédiaire de notre agent consulaire à Anoy que des cas de peste étaient nombreux dans cette ville, le docteur Yersin s'y est rendu le 2 juillet.

« Il y a séjourné dix jours, pendant lesquels il a obtenu 20 guérisons de la peste bubonique sur 22 cas traités par des injections sous-cutanées du sérum de l'Institut Pasteur.

« Le docteur Yersin a laissé aux médecins chinois d'Anoy quatorze flacons de sérum et leur a enseigné la manière de l'employer.

« Ne possédant plus de sérum, le docteur Yersin se décide à retourner à Nha-Trang (Annam), où il obtiendra aussitôt du sérum de quelques-uns des chevaux qu'il a inoculés avant son départ.

« On peut actuellement considérer l'efficacité du sérum Yersin pour la guérison de la peste bubonique comme un fait démontré scientifiquement.

« Il en résulte qu'en organisant la production d'une quantité suffisante de sérum, on doit réussir, si le gouvernement chinois adopte les mesures nécessaires, à faire disparaître la peste bubonique des régions de la Chine, où cette horrible maladie est endémique. »

— M. Dieulafoy fait ensuite une importante communication sur l'*intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde*. En voici les conclusions :

« 1° Il y a des péritonites par perforation qui surviennent de préférence pendant la période d'état ou pendant les rechutes de la fièvre typhoïde. La perforation peut atteindre l'iléon, le cæcum, l'appendice du côlon. Ces péritonites par perforation ne sont pas seulement l'apanage des fièvres typhoïdes intense; on les observe également dans les formes légères. Les symptômes qui annoncent la péritonite par perforation ne peuvent n'être qu'ébauchés, mais qu'ils soient intenses ou légers, il y a habituellement un signe précieux : c'est la chute brusque de la température qui s'abaisse jusqu'à l'hypothermie. Les péritonites par perforation sont extrêmement graves; néanmoins elles peuvent être enrayées dès leur début par des adhérences qui limitent à temps la perforation.

« 2° Il y a des appendicites para-typhoïdes qui survien-

nent habituellement dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ces appendicites sont généralement accompagnées d'une reprise de la fièvre et d'une élévation de température, ce qui les distingue des péritonites par perforation. Elles évoluent comme une appendicite banale; le processus infectieux peut limiter son action à la simple attaque appendiculaire, sans la moindre péritonite; il peut également (avec ou sans perforation secondaire de l'appendice), aboutir à toutes les complications de l'appendicite : péritonites enkystées, péritonite généralisée, abcès du foie, abcès à distance.

« 3° La soi-disant péritonite typhoïde par propagation, telle qu'on la comprenait depuis Thirial, n'existe pas.

« *Traitement.* — Le traitement est de deux sortes : médical et peu efficace; chirurgical et plus souvent à conseiller, en ayant soin de séparer les différentes espèces de péritonites typhoïdes :

« 1° Au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions; elle donne les meilleurs résultats pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

« 2° Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention.

« 3° Malgré les ulcérations intestinales la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation; l'intervention chirurgicale est donc légitime, car elle est motivée.

— Au cours de la séance, M. Albert Robin a résumé en quelques mots un travail qu'il présente, en son nom et au nom de M. Maurice Binet, sur *le chimisme respiratoire à l'état normal et dans la fièvre typhoïde.* Enfin M. Clozier (de Beauvais) a lu une note intitulée : « Hystéro-névrose paroxytique; pouvoir hystéroclatique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1896

M. Broca a fait la communication suivante :

Complications intracrâniennes d'otites. — Lorsqu'une otite mal soignée passe à la chronicité, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intracrânienne : méningite aiguë, thrombose des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphalique, cérébral ou cérébelleux. Souvent à l'autopsie plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessus des ressources de l'art, et de cette association résultent, en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre; le diagnostic de la lésion isolée ou prédominante est souvent possible, et parmi ces lésions, quelques-unes sont chirurgicalement curables.

Contre la méningite aigue, diffuse, suppurée. nous sommes impuissants; et, cependant, dans quatre cas — dont deux sont déjà publiés — je suis intervenu. C'est que, dans ces cas, la certitude du diagnostic n'est pas absolue et la compression est possible avec diverses lésions curables. A plusieurs reprises, j'ai publié des faits de « méningisme » ou de « méningites incomplètes » guéris par la trépanation de l'oreille; il existe, en outre, des méningites circonscrites qui font transition aux abcès encéphaliques; enfin, dans la thrombose, lorsqu'il n'y a pas de gonflement cervical, la ressemblance est grande avec une méningite. Aussi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer et de me laisser conduire, en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau. Et c'est pour cela que je soutiens la nécessité d'adopter un procédé permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet. Cette opinion, dont je ne suis pas l'inventeur, gagne du terrain, mais elle a encore des opposants.

Je commence par émettre un aphorisme *absolu* : en cas d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, on doit d'abord trépaner l'apophyse *et la caisse.* Dès lors, la question se pose de la manière suivante : faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée?

Pour les *abcès extraduraux*, il n'y a aucune discussion : c'est autour des cavités de l'oreille qu'on les trouve. A plusieurs reprises, après avoir évidé l'os carié, je suis arrivé à la dure-mère, baignant dans le pus; mais une seule fois, chez une fille de huit ans, j'ai évacué un véritable abcès volumineux.

Avec ce décollement ou cet abcès coïncident souvent la phlébite, l'abcès cérébral ou cérébelleux; dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne.

Pour la thrombose, malgré quelques procédés spéciaux que l'on a cru bon d'inventer, on n'a pas besoin de prouver qu'il est inutile d'ouvrir la boîte crânienne en un second point; pour atteindre le sinus, l'arbre mastoïdien est le meilleur repère. J'ai opéré cinq sujets pour cette lésion, quatre fois en liant la jugulaire au cou; un de ces derniers cas a été suivi de succès. Dans celui où je n'ai pas touché à la jugulaire, l'enfant a succombé, au neuvième jour, à un pyo-pneumo-thorax, par ouverture dans la plèvre d'un foyer de gangrène pulmonaire. C'est de la rapidité du diagnostic et du traitement, avant tout, que dépend ici le succès.

C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord sur le meilleur manuel opératoire. Les procédés préconisés présentent des écarts extraordinaires et même MM. Picqué et Février, partisans en principe de la voie mastoïdienne, ne me concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sus-auriculaire indépendante.

Il est bien prouvé, aujourd'hui, que les *abcès cérébraux* sont presque toujours temporaux et reposent directement sur le plafond de l'aditus. Il est évidemment raisonnable d'aller les chercher en partant du foyer osseux qui les a causés et qu'ils avoisinent, le mieux est, pour cela, de défoncer le plafond de l'aditus, ce qui est très facile, si à la trépanation de l'apophyse on a joint celle de la caisse.

Les abcès cérébelleux, eux aussi, ont continué d'être à proximité du rocher, et on les atteint en trépanant en avant et en dedans du coude du sinus. Il est donc facile, après exploration du cerveau, d'explorer le cervelet : cela est important, car le siège de l'abcès encéphalique ne peut souvent être précisé.

Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à opérer, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été, chez lui, opératoirement parfaite (obs. XXIII de mon *Traité de Chirurgie cérébrale*). Depuis, j'ai traité une fillette avec succès; c'est celle dont je viens de publier l'observation au Congrès de chirurgie.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg) envoie une observation d'extirpation du rectum par un nouveau procédé sacroiliaque.

— M. le Secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Dubourg (de Bordeaux), sur l'emploi de tubes de caoutchouc creux dans les anastomoses intestinales.

— M. Nélaton présente un malade atteint de polype naso-pharyngien, qu'il a traité avec succès par la méthode lente.

— M. Legueu montre des pièces relatives à un cas de lipome arborescent du genou.

— M. Chaput présente un nouveau procédé de stérilisation du catgut par l'autoclave à 120°.

— M. Th. Anger présente une femme qu'il a opérée d'une cataracte, avec lavage de la chambre antérieure.

— M. Tuffier montre un anévrisme poplité, extirpé chez une femme de quarante-neuf ans.

La séance est levée.

***

Ordre du jour de la séance du 4 novembre 1896

1. *Discussion* de la communication de M. Broca sur les complications des otites.

2. *Rapport* : 1° Hernie du cæcum, par M. Courtin (rapport par M. Reynier); 2° sur deux cas de gastro-entérostomie, par M. Barette (rapport par M. Chaput).

3. *Communication* : Sur un ostéome du maxillaire inférieur, par M. Lejars.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1896

M. Achard présente une malade atteinte d'oblitération de la veine cave supérieure. La moitié supérieure du corps offre une teinte rosée, le membre supérieur droit est très œdématié. Les veines jugulaires forment des cordons pleins, durs, saillants. Pourtant l'œdème n'est très marqué qu'au bras droit, la face n'est ni cyanosée ni bouffie; mais au début, il y a six semaines, l'œdème était généralisé à la face, au cou, aux membres supérieurs. Cette amélioration rapide est en rapport avec la circulation collatérale qui a fait des progrès parallèles.

M. Comby a aussi observé, il y a cinq ans, un malade qui avait une oblitération de la veine cave supérieure; la maladie avait débuté par un œdème généralisé à la face, au cou, aux membres supérieurs. La circulation s'est rétablie par les veines collatérales; le malade a actuellement des varices sur le cou et sur le tronc, mais ne souffre plus de sa lésion.

— M. Comby présente ensuite une intéressante note sur les *hémorragies dans la vulvo-vaginite des petites filles*. Parmi celles-ci, les unes relèvent d'un microbe banal, streptocoque, staphylocoque, coli-bacille; elles sont dénuées de toute spécificité; les autres sont spécifiques et dues au gonocoque. Ces dernières sont tenaces et fertiles en complications; elles peuvent, en effet, progresser d'une part vers la vessie, et d'autre part vers l'utérus, les trompes, le péritoine.

M. Comby a observé cette année trois faits d'hémorragie vulvaire chez des fillettes de deux ans et demi, six ans et huit ans. On avait porté le diagnostic de métrorragie ou de menstruation précoce; or, l'examen montra que le sang ne venait point du vagin; au niveau du méat on voyait des bourgeons charnus, vasculaires, qui saignaient au moindre contact. Ces trois enfants avaient présenté une vulvo-vaginite intense avec écoulement purulent qui existait encore. La guérison fut rapidement obtenue au moyen de lavages au permanganate de potasse (solution au 1/1000e), et de cautérisations au nitrate d'argent (solution au 1/30e).

Ces faits, rapportés par M. Comby, démontrent qu'il ne faut pas admettre trop facilement le diagnostic de métrorragie chez les enfants; il s'agit, le plus souvent, d'hémorragies vulvaires. Sous le nom de prolapsus de l'urèthre chez les petites filles, M. Broca avait décrit des faits analogues, pour lesquels il a fallu quelquefois intervenir chirurgicalement.

— M. Rendu rapporte ensuite l'observation d'un homme de cinquante-deux ans, présentant des *épistaxis répétées*, liées à l'existence d'une quantité de petits angiômes. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, entré à la fin du mois de septembre, à l'hôpital et présentant, avec les épistaxis, de la fatigue, de l'asthénie musculaire, des troubles intestinaux; l'anémie était très prononcée. La cause de ces épistaxis passa d'abord inaperçue; ce malade n'était ni alcoolique ni artério-scléreux; le foie et le rein semblaient intacts; mais on découvrait sur le front, les joues, le cou, la poitrine, une série d'angiômes extrêmement petits; il y en avait également sur la langue et la voûte palatine. M. Rendu pensa alors que les épistaxis pouvaient être attribuées à l'existence de petits angiômes sur la muqueuse pituitaire, et il se souvint d'un cas analogue présenté naguère à la Société par M. Chauffard. Dans ce dernier cas, ainsi que M. Chauffard le fait lui-même remarquer, la malade était en outre, une hémophile, et des hémorragies, autres que les épistaxis, s'étaient produites en même temps que celles-ci.

On ne peut point dire que le malade de M. Rendu soit un hémophile; cependant on note dans ses antécédents héréditaires : que son père avait eu du mélœna, que sa mère et son frere avaient souvent eu des épistaxis, et que lui-même, depuis son enfance, avait aussi des épistaxis fréquentes.

Quoi qu'il en soit, M. Rendu, après avoir essayé chez ce malade une médication interne qui ne donna aucun résultat, prescrivit alors un mélange d'antipyrine et de sous-nitrate de bismuth, à prendre sous forme de prises. En quelques jours, les épistaxis s'arrêtèrent.

— M. Hayem a présenté une série de préparations et de dessins ayant trait aux diverses variétés anatomiques de la *gastrite dégénérative*.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sérothérapie antistaphylococcique. — Note de M. Capman, présentée par M. Lannelongue.

Les staphylocoques, ensemencés dans du bouillon de bœuf peptonisé à 1 °/o et légèrement alcalin, et maintenus à l'étuve à 37° pendant quinze à vingt jours, en culture aérobie, donnent leur maximum de produits toxiques.

La virulence du microbe s'atténuant assez rapidement dans les cultures successives, il faut avoir soin de le régénérer de temps en temps en le faisant passer par l'animal le plus sensible. L'ordre décroissant de cette sensibilité est le suivant : lapin, cobaye, pigeon, chien.

Malgré un nombre très considérable de passages (j'en ai fait plus de cent cinquante en série continue), on ne peut pas arriver à obtenir, avec les staphylocoques, une virulence comparable à celle que possèdent, souvent d'emblée, d'autres microbes, tels que le bacille diphtérique, le streptocoque ou le bacille du tétanos. J'ai cependant expérimenté avec plusieurs races, recueillies en des foyers très divers, et mis en usage la plupart des moyens connus d'exalter la virulence des micro-organismes. J'ai vérifié, en particulier, l'action des diverses substances (glucose, maltose, lactose, acide lactique, peptone, etc.) additionnées à des milieux de culture très variés, et injectées de toute façon aux

animaux. Il serait trop long d'exposer ici les résultats de ces recherches.

Quant à la préparation des toxines, après avoir essayé les divers procédés connus, filtration, chauffage, précipitation par les agents chimiques, j'ai donné la préférence à la filtration par la bougie Chamberland.

Il faut employer de ces toxines des doses relativement élevées pour tuer les animaux en vingt-quatre heures. Mais leurs effets toxiques se manifestent même pour des doses très petites et inoculées sous la peau; les lapins, en particulier, s'ils ne succombent pas à un empoisonnement aigu, ne tardent pas à mourir de cachexie.

On peut reproduire, avec les toxines, la plupart des manifestations morbides que provoquent les microbes : œdème, suppuration, nécrose, septicémie, cachexie. Faits intéressants que je me contente de signaler actuellement, mais que je compte développer plus tard. Plusieurs de mes animaux, nés dans le laboratoire et n'ayant jamais reçu autre chose que de la toxine de staphylocoques, ont présenté des paraplégies, des arthrites, des ostéomyélites absolument nettes.

Avec ces toxines filtrées, j'ai d'abord tenté l'immunisation chez le lapin. Mais, ces animaux étant les plus sensibles à la toxine, comme au microbe, il est très difficile de les vacciner assez fortement et surtout de les conserver. Aussi, après m'être simplement assuré de la possibilité de les immuniser, me suis-je adressé au chien, espèce plus résistante et d'ailleurs capable de me fournir une plus grande quantité de sérum.

« Je procède par injections sous la peau de quantités minimes, au début; puis, progressivement croissantes, de toxines filtrées. Lorsque j'ai éprouvé, par les premières injections, la puissance de réaction de l'animal, j'augmente la dose le plus possible, afin de déterminer chaque fois le maximum de réaction. Je constate et je suis celle-ci en m'appuyant surtout sur les indications de température et de poids, et je ne fais de nouvelle injection que lorsque l'un et l'autre sont revenus à la normale, et s'y sont maintenus plusieurs jours.

« Je suis arrivé ainsi à faire supporter à mes animaux des doses énormes de toxine. Je possède une chienne de 25 kilogrammes, dont l'immunisation a été commencée en février, qui a supporté récemment une injection massive de 600cc de toxine, alors que deux chiens, non vaccinés, ont succombé rapidement, l'un au dixième, l'autre au vingtième de la dose. »

L'immunisation des animaux est en rapport avec la quantité totale de toxine injectée. Il faut beaucoup de temps et beaucoup de toxine pour la réaliser à un degré suffisant, mais elle n'en est que plus stable.

Le sérum des chiens ainsi immunisés possède des propriétés bactéricides et antitoxiques plus ou moins actives, suivant le degré de la vaccination. Mais, une condition essentielle, non seulement de son efficacité, mais même de son innocuité, c'est de ne pas l'extraire trop tôt; il convient d'attendre que la toxine ait pu être complètement digérée, sinon l'on s'expose à recueillir un sérum encore toxique. Fait curieux, et dont je puis affirmer l'authenticité, ce sérum trop tôt recueilli, peut même se trouver plus toxique que la toxine injectée. Tout me porte à penser que cet accroissement temporaire de toxicité est dû à une réaction particulière du foie. Quoi qu'il en soit, cette hypertoxicité du sérum, pendant les premiers jours qui suivent l'injection de toxine, peut acquérir de grandes proportions; dans un cas où j'ai saigné ma chienne, deux jours seulement après la chute de la fièvre, j'ai constaté que le sérum ainsi obtenu était au moins cinq fois plus toxique que la toxine inoculée. On conçoit l'importance théorique et pratique de ces considérations.

Je saigne l'animal de quinze jours à trois semaines après le retour de la température normale. A ce moment, il a cessé d'être dangereux et il est devenu efficace.

Après m'être assuré que le sérum de chien non vacciné n'a qu'une action insignifiante sur l'infection staphylococcique, j'ai expérimenté chez le cobaye et le lapin, le sérum de chien immunisé. Il n'est pas plus offensif par lui-même que le sérum de chien normal, pourvu qu'on l'ait recueilli dans les conditions déjà énoncées. Quant à son efficacité thérapeutique, elle m'a paru incontestable, que je l'aie injecté comme préventif ou comme curatif, contre la culture ou contre la toxine. Naturellement, sa puissance d'action, c'est-à-dire les doses à employer, varient avec les conditions dans lesquelles on l'applique; il faut, pour prévenir l'infection, une dose moindre que pour la guérir; la toxine est plus facilement annihilée que la culture; l'infection sanguine d'emblée réclame des doses plus massives que n'en exigent les lésions locales; enfin, la dose varie avec la virulence du microbe employé, et avec la race, l'âge et l'état de santé antérieur des animaux mis en expérience.

ÉCHOS & NOUVELLES

Concours des médailles — *Médecine*. — Juges : MM. Hirtz, Gilles de la Tourette, Fernet, Gingeot, Tuffier. *Chirurgie*. — Juges : MM. Bazy, Quénu, Th. Anger, Polaillon, Empis.

Association française d'urologie. — Les membres fondateurs de cette nouvelle association se sont réunis le jeudi 22 octobre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Le Comité d'administration a été formé de M. Guyon, président; M. Desnos, secrétaire général; M. Guiard, trésorier, pour cinq ans; MM. Monod et Pousson, vice-présidents, pour deux ans; MM. Banzet, Michon et Vigneron, secrétaires des séances; MM. Albarran, Chevalier, Carlier (Lille), Eraud (Lyon), Estor (Montpellier), Vigneron (Marseille), membres du Comité.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 2 novembre 1896, à 9 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Par M. le Dr G. DE BOUILLY (1).

I

Si l'on met de côté les cas exceptionnels de prolapsus *aigu* qui se produisent comme des hernies de force chez des vierges ou chez des nullipares, les prolapsus génitaux reconnaissent comme condition indispensable de leur production un état particulier des tissus du périnée, du vagin, de l'utérus et de ses ligaments, consécutifs, à échéance plus ou moins longue, à la grossesse et à l'accouchement. Les lésions de ces diverses parties se combinent le plus souvent, de telle sorte que dans un prolapsus ancien et constitué, il est impossible de ne pas reconnaître que pour être efficace, le traitement doit s'adresser à des éléments multiples et remplir plusieurs indications. Cet état particulier des tissus représente dans l'ensemble une diminution de résistance des parties qui doivent maintenir en situation normale les parois du vagin et l'utérus sous-jacent, et lutter contre la pression intra-abdominale. Il est créé au début par des lésions de violence qui déchirent, distendent, affaiblissent les moyens d'union et constituent la cause initiale; mais il est entretenu et aggravé par des troubles de la vitalité des parties s'ajoutant aux lésions mécaniques et leur permettant de remplir leur rôle néfaste.

Il est donc nécessaire de distinguer dans les causes des prolapsus : 1º les lésions mécaniques de déchirure, de distension; 2º les troubles de nutrition des tissus. Ces derniers peuvent prendre une telle importance qu'ils arrivent parfois à dominer la pathogénie et à devenir la source d'indications spéciales et la cause d'échecs opératoires. Ces troubles peuvent débuter peu de temps après l'accouchement et porter à la fois non seulement sur le tissu de l'utérus et ses ligaments, mais aussi sur les parois vaginales qui subissent une mauvaise involution. Celles-ci restent trop grandes, trop flasques, comme privées d'adhérence et de rapports avec les parties voisines, dépourvues de force et de ténacité, elles se laissent repousser et, pour ainsi dire, dérouler de dedans en dehors, sous la poussée constante de la pression abdominale. L'utérus, soit primitivement, soit secondairement, prend part à ce travail, caractérisé à la fois par un manque d'involution et par une hyperplasie chronique augmentant le volume et le poids de l'organe. Les lèvres du col s'hypertrophient, le col lui-même augmente de longueur, surtout dans sa portion sus-vaginale, quelquefois dans sa portion sous-vaginale. A mesure qu'il descend, le plus souvent il s'allonge, et, avec le temps, se trouve constitué un état complexe dans lequel toutes les parties volumineuses, trop lourdes et mal soutenues, se portent de plus en plus bas et en dehors pour constituer le prolapsus à ses divers degrés. Plus haut, les ligaments de l'utérus sont distendus, et dans la profondeur, le tissu cellulaire pelvien, véritable ciment entre les parois vaginales, l'utérus et les parties voisines, est comme atrophié et sans cohésion.

Ce travail ne se produit jamais avec plus d'intensité et de précocité que lorsqu'il est préparé par les lésions traumatiques du périnée, du vagin et de l'utérus. La déchirure ouverte ou sous-muqueuse du corps périnéal, l'agrandissement de la fente vulvo-vaginale, la déchirure du col utérin sont les éléments primordiaux de la descente des organes et de leurs troubles de nutrition. Mais je m'empresse d'ajouter qu'ils ne représentent par tous les éléments de la pathogénie du prolapsus. Dans des cas de chute complète des parois vaginales, le périnée est flasque et relâché, sans être forcément déchiré. En revanche, la déchirure complète du périnée, y compris le sphincter de l'anus, c'est-à-dire l'agrandissement porté à son maximum de la fente vulvo-vaginale, peut ne pas s'accompagner de prolapsus vaginal ni utérin et persister des années entières sans qu'il se produise de descente des organes

Le plus souvent, nous nous trouvons donc en présence de femmes présentant un orifice vulvo-vaginal agrandi, un corps périnéal détruit ou atonique, des parois vaginales trop amples, un utérus trop long et souvent atteint de métrite cervicale parenchymateuse, un tissu cellulaire pelvien lâche et atrophié, des ligaments utérins mous et allongés, et une nutrition générale défectueuse avec dystrophie musculaire plus ou moins généralisée. Tels sont les éléments du problème qu'il s'agit de résoudre, telles

(1) Rapport sur la deuxième question du Congrès de chirurgie.

sont les lésions, les unes mécaniques, les autres vitales, en présence desquelles se trouve le chirurgien.

Dans la pratique, dans l'immense majorité des cas, c'est par le manque de soutien inférieur, grâce à l'influence du plancher vagino-périnéal que débute le prolapsus. Pour que le périnée remplisse utilement son rôle de plancher, il doit présenter une résistance et une tonicité telles, que le vagin ne soit qu'une cavité virtuelle, qu'il existe un contact parfait et constant entre les parois vaginales antérieure et postérieure. Le soutien est encore mieux assuré quand l'orifice vaginal est fermé et froncé, et quand le plan de la paroi vaginale postérieure se relève vers la fourchette, de manière à ce qu'il y ait une obliquité marquée de la fourchette vers le vagin, de haut en bas et d'avant en arrière. C'est là la vraie disposition physiologique et fonctionnelle. Dans ces conditions, l'effort, la pression abdominale, appliquent plus intimement l'une contre l'autre les parois vaginales antérieure et postérieure, fait bomber le périnée, sans que la muqueuse du vagin ait tendance à faire saillie à l'orifice vulvaire. Toute condition inverse, à savoir le défaut de contact des parois vaginales, le *porte-à-faux* de la paroi vaginale supérieure, tendue comme un voile sans soutien, la béance du vagin et la pente représentée en bas et en avant par l'écoulement du corps périnéal et la destruction d'une partie de sa hauteur, sera presque fatalement suivie, à une échéance plus ou moins éloignée, de l'abaissement progressif des parois vaginales, et, consécutivement, de l'utérus.

Plus exceptionnellement, se produit la descente *primitive* de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. L'*insuffisance des attaches ligamentaires et péritonéales* de l'utérus permet à l'organe de se mettre en rétroversion et de descendre de plus en plus en forçant et en retournant peu à peu les parois vaginales. Aussi, à une période avancée du prolapsus, les lésions ne diffèrent guère les unes des autres, quelle qu'ait été la cause initiale du prolapsus, de sorte qu'au point de vue pratique, les éléments du problème restent les mêmes à résoudre.

Que l'on se place au point de vue de l'évolution des lésions ou de l'enchaînement des indications et des actes opératoires que nous avons le plus souvent à reconnaître et à exécuter, on peut ranger les degrés du prolapsus génital de la façon suivante :

1° La *colpocèle antérieure*, ou chute de la paroi vaginale antérieure, suivie, dans l'immense majorité des cas, par la vessie, *cystocèle*.

2° La *colpocèle postérieure*, composée souvent de la seule paroi vaginale postérieure et quelquefois compliquée du prolapsus de la paroi rectale antérieure. Le plus souvent, les deux parois vaginales sont prolabées ensemble, en général d'une manière inégale. Une volumineuse cystocèle ne s'accompagne guère d'une grosse colpocèle postérieure, et réciproquement les plus grosses rectocèles ne vont pas avec une cystocèle volumineuse. Dans ce cas, en effet, la paroi vaginale la plus prolabée fournit un point d'appui à la paroi opposée et la retient dans sa descente.

3° La *chute du vagin, avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal*, primitif ou consécutif; c'est le cas-type le plus ordinaire du prolapsus avancé et anciennement constitué.

4° Le *prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.*

Au point de vue des indications et des actes opératoires, il est peut-être préférable de distinguer seulement deux grandes variétés de prolapsus :

1° Le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cet organe ;

2° Les prolapsus *totaux*, comprenant la chute des parois vaginales avec l'utérus plus ou moins saillant à la vulve ou hors de la vulve, et en général hypertrophié en longueur.

Enfin, on peut ranger dans une classe spéciale l'*allongement* hypertrophique *sous-vaginal* du col, lésion à part, dans laquelle il n'y a pas de prolapsus à proprement parler, l'élongation du col constituant toute la maladie.

A la première classe s'adressent toutes les opérations uniquement dirigées contre l'amplitude exagérée des parois et l'insuffisance du soutien inférieur ; à la deuxième appartiennent tous les procédés dans lesquels on vise *en même temps* que le soutien inférieur ou *isolément* l'utérus lui-même, soit pour le maintenir en bonne position, soit pour le supprimer. Ces grandes divisions peuvent embrasser l'infinie variété des opérations dirigées contre les prolapsus génitaux.

II

Le traitement des prolapsus génitaux se divise en méthodes de douceur, *non sanglantes*, et en méthodes *sanglantes* ou traitement chirurgical proprement dit.

Les méthodes de douceur comprennent un traitement dit médical, l'application de pessaires, la gymnastique spéciale et le massage.

Le traitement médical ne peut être réservé qu'aux cas récents et légers ; il peut être plutôt considéré comme un ensemble de mesures préventives que comme un véritable traitement curatif. Il ne trouve guère son application que pour combattre après l'accouchement un état de subinvolution utérine ca-

ractérisé par l'hypertrophie temporaire de l'utérus et le relâchement de ses ligaments.

Le repos prolongé au lit, la suppression des vêtements serrés, l'abstention de tout effort, de la station debout, en constituent l'hygiène spéciale. Les gynécologistes américains recommandent la position génu-pectorale sur une chaise longue à inclinaison; cette position doit être prise deux ou trois fois par jour et conservée pendant cinq à dix minutes; puis la malade garde le repos, étendue sur le dos ou sur le côté, la tête basse. Ce procédé donnerait des résultats beaucoup plus durables que ceux obtenus ordinairement par les pessaires. Skene recommande également le port d'une ceinture spéciale (ceinture du Dr Dewes, de Salina) avec bretelles, pour donner au détroit supérieur du bassin une inclinaison exagérée et diminuer ainsi la pression abdominale sur l'utérus et les viscères pelviens, l'effort abdominal portant alors sur la paroi abdominale et le pubis.

Les injections astringentes, les piqûres d'ergotine, les tampons méthodiquement appliqués, peuvent être associés à ces divers modes de traitement.

Contre le prolapsus ancien et constitué, le pessaire ne peut être considéré que comme un pis-aller et ne trouve son indication que dans la contre-indication du traitement chirurgical. Du reste, il ne peut jouer un rôle utile que s'il reste un corps périnéal suffisant pour prévenir l'expulsion de l'instrument au moindre effort. Il s'adresse donc et de préférence au prolapsus utérin plus qu'au prolapsus vaginal. Chez des femmes âgées, en cas de contre-indication opératoire avérée, il peut rendre les plus grands services. On ne peut s'empêcher de reconnaître par l'observation des faits que nombre de femmes ayant refusé l'opération radicale se contentent du soulagement apporté par un pessaire et ne saurait se passer de cet instrument pour vaquer à leurs occupations. L'expérience est plus forte que tous les raisonnements, et l'utilité de ce moyen palliatif, en dépit de ses inconvénients et de ses imperfections, ne saurait être contestée.

Fehling conseille, chez les femmes qui peuvent encore accoucher, d'employer seulement les pessaires contre le prolapsus; car dans 64 °/₀ des cas, on verrait survenir la récidive après un accouchement nouveau.

En tout cas, il est indispensable de se servir des pessaires les plus *simples*, pouvant être facilement retirés et remis en place par la malade pour les soins de propreté, et de n'employer que les numéros *suffisants*, les plus *petits* possible, pour ne pas exagérer la distension déjà trop grande des parois vaginales. L'application simultanée d'une ceinture abdominale du type des ceintures appliquées contre l'entéroptose peut être un adjuvant utile.

Le traitement kinésithérapique mis en honneur par Thure Brandt dans les affections gynécologiques consiste, pour le prolapsus, en massage, en élévation de l'utérus et en mouvements gymnastiques spéciaux. Le *massage direct* est destiné à assouplir les tissus et à leur rendre l'élasticité et la tonicité; l'*élévation* consiste à produire une traction méthodique sur les ligaments pour tonifier leur tissu; la *gymnastique* est destinée à tonifier les muscles du plancher vagino-périnéal.

Entre les mains de Brandt lui-même, l'utérus aurait pu se maintenir en place après la première séance d'application de la méthode. Des prolapsus complets ont pu être guéris après 30 séances de massage, en deux mois à deux mois et demi (Preuschen).

En revanche, d'autres auteurs (Fellner, Winberg, de New-York) n'ont pas obtenu de résultats dans les prolapsus complets, mais ont amélioré des prolapsus du premier degré. Winaver (de Varsovie) a réuni 40 cas de prolapsus traités par la méthode de Brandt, dont 24 suivis de guérison.

Les *méthodes sanglantes*, ou *traitement chirurgical* des prolapsus génitaux, comprennent des opérations nombreuses et variées, dont les unes représentent les *actes fondamentaux* du traitement; les autres, les *actes complémentaires*. Suivant le degré des lésions, leur nature et aussi les habitudes des opérateurs, les propositions peuvent se trouver renversées, les uns considérant comme *fondamental* ce que les autres regarderont comme *complémentaire*. Tel chirurgien visera surtout l'utérus, ne considérant les opérations plastiques sur le vagin que comme un complément de l'hystérectomie ou de l'hystéropexie; tel autre ne s'occupera que de la plastique vagino-périnéale : on limitera à de petites interventions son action sur l'utérus. Aussi, me paraît-il nécessaire, pour établir un certain ordre dans les indications et la discussion du traitement, de s'en rapporter à la pathogénie générale des prolapsus et de se rappeler que : 1° dans l'immense majorité des cas, le prolapsus *vaginal* est la lésion initiale; 2° que l'utérus, le plus souvent, suit et complique ce prolapsus; 3° que beaucoup plus rarement, l'utérus descend le premier, et que, même avec cette descente primitive de l'organe, il se produit un prolapsus vaginal créant les mêmes indications que s'il est primitif.

Aussi les actes *fondamentaux* du traitement doivent-ils : 1° viser d'abord et *dans tous les cas* le plancher vagino-périnéal, point affaibli du diaphragme pelvien; 2° se compliquer d'actes *complementaires* du côté de l'utérus, augmentant d'importance avec ses lésions secondaires et son degré de descente. Dans un très grand nombre de cas, les opérations vagino-perinéales *fondamentales* seront suffisantes, et efficaces dans la presque totalité des cas. Malgré

l'importance et la gravité plus grande des opérations complémentaires (hystéropexie, hystérectomie, raccourcissement des ligaments ronds), elles restent indispensables, et le succès définitif ne peut guère être obtenu sans leur association. Il est donc nécessaire, en allant du simple au composé, de passer en revue : 1° l'indication opératoire; 2° l'opération capable de la réaliser; 3° les divers procédés opératoires.

Restaurer et relever le périnée, et du même coup rétrécir l'orifice vulvo-vaginal, rétrécir et consolider les parois vaginales, soutenir l'utérus en bonne place et l'empêcher de descendre, telles sont les données du problème à résoudre. Contre la cystocèle et le prolapsus du 1/3 antérieur de la paroi vaginale supérieure, premier terme ordinaire des lésions, la restauration du corps périnéal s'impose et souvent elle suffit, soit seule, soit associée à une colporraphie postérieure peu étendue. L'opération d'Emmet, de Lawson Tait, de Doléris, représente les procédés opératoires de choix. Toute opération qui refera et relèvera le corps périnéal, qui rétrécira l'entrée du vagin et rétablira le contact entre les parois vaginales antérieure et postérieure, remplira utilement l'indication.

Nous ne pouvons guère comprendre l'utilité d'une *colporraphie antérieure isolée*, le prolapsus vaginal antérieur ne se produisant pour ainsi dire jamais sans la défectuosité du périnée et de la paroi vaginale postérieure.

A plus forte raison, nous ne citons que pour mémoire, et pour les rejeter au chapitre de l'historique, les opérations anciennes d'*épisiorraphie*, qui ne font que masquer pour un temps plus ou moins court les véritables lésions auxquelles elles ne s'adressent pas.

A un degré plus avancé dans lequel la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve, soit d'une façon constante, soit au moindre effort, et où l'utérus a subi une certaine descente qui amène le col à 4 ou 5 centimètres de l'orifice vulvaire, sans agrandissement notable de ses cavités et dans l'attitude plus ou moins accentuée de la rétrodéviation, l'opération type, fondamentale, trouve sa meilleure indication. La *colpopérinéorraphie* est l'opération de choix, souvent précédée de la colporraphie antérieure. Le meilleur procédé opératoire est celui qui diminue le mieux l'amplitude vaginale et reconstitue le plus solidement le corps périnéal. A ce titre, l'opération d'Hégar reste l'opération *princeps*, l'opération de fond. Quelles que soient les modifications légères données à la forme de l'avivement, au mode et à la nature des sutures, elle reste toujours la même opération.

L'opération de Martin n'est qu'un dérivé de l'opération d'Hégar; elle n'en diffère que par la conservation de la colonne postérieure du vagin et la possibilité d'empiéter, dans l'avivement, sur les parties latérales du vagin.

Qu'on ajoute à l'une quelconque de ces opérations la colporraphie antérieure et, en cas de déchirure ancienne et d'hypertrophie du col, l'amputation partielle de cet organe, suivie de sa restauration immédiate, on sera bien près de l'opération idéale répondant à chacun des éléments de l'indication.

Le secret du succès est dans la bonne exécution de l'opération.

Avant tout, comme le dit excellemment Richelot : « supprimer assez d'étoffe et rétrécir autant qu'il le faut : mépris complet des procédés d'auteur, des étages, des surjets compliqués ». J'ai exprimé la même pensée en disant qu'il faut *rétrécir* et *fermer*, que l'excellence du résultat n'est obtenue que par de grands avivements, et qu'il *faut avoir l'air d'avoir trop fait pour avoir fait assez*.

La colporraphie *antérieure*, en particulier, représente un des temps les plus délicats des manœuvres; appliquée à une colpocèle peu considérable, elle est simple et facile et généralement suivie d'un bon résultat. Si la cystocèle est considérable, si la paroi vaginale antérieure prolabée présente une large étendue transversale, l'opération est difficile et le résultat aléatoire.

Avec l'avivement ovalaire étendu, les sutures rapprochent difficilement les parties au niveau, surtout de la région moyenne de l'avivement, tiraillent les tissus et peuvent même les couper. La réunion manque, les parties s'écartent et le résultat définitif est mauvais.

Dans ce cas, il nous paraît préférable d'employer le procédé de Fehling (*Traité de gynécologie*, 1893) et de faire, sur la paroi vaginale antérieure, une *double* colporraphie latérale, en laissant entre les parties avivées une bande de tissu sain, à la place occupée par la colonne antérieure du vagin. De cette façon, les lignes de réunion ne sont pas trop tendues et l'avivement bilatéral peut représenter une somme d'avivement et de froncement des tissus, plus considérable que celle obtenue par l'unique avivement ovalaire. Fehling conseille, en outre, de faire l'opération en deux temps et de ne pratiquer la colporraphie postérieure et la périnéorraphie que quinze à vingt jours plus tard; de cette façon, les sutures ne sont pas tiraillées et les résultats définitifs sont meilleurs.

Il serait impossible de citer tous les procédés qui ont été proposés pour obtenir le rétrécissement des parois vaginales : nous aurons occasion d'en citer un certain nombre quand nous nous occuperons des *opérations combinées*, portant à la fois sur l'utérus, et le vagin; Péan place de chaque côté de l'utérus, à travers le cul-de-sac vaginal latéral, deux rangées

de sutures; ces sutures sont laissées en place trois semaines; elles coupent les tissus et provoquent ainsi un tissu cicatriciel qui est un nouveau moyen de soutien pour le vagin. Cette opération est complétée par une colpopérinéorraphie. Terrillon (*Bullet. thérapeutique*, 1892) conseille de pratiquer sur la paroi vaginale l'ablation d'une série de lambeaux verticalement disposés, comprenant tout l'espace compris entre l'ouverture vulvulaire et le corps de l'utérus, et termine l'opération par une périnéorraphie.

M. Dubourg (de Bordeaux) a imaginé de soutenir l'utérus à l'aide de deux lambeaux pris sur la face antérieure du prolapsus, au niveau de l'utérus, et rabattus au-dessus du col sur lequel l'organe vient reposer. L'opération est complétée par une colpopérinéorraphie.

A côté de ces procédés sanglants destinés à obtenir le rétrécissement et la fermeture du vagin, il est intéressant de citer des procédés non sanglants dont la valeur est douteuse et dont l'expérience est encore insuffisante.

Michael a pratiqué, dans les plis de la muqueuse vaginale, des injections d'alcool absolu.

Freund (de Strasbourg), rajeunissant un procédé déjà employé en 1835 par Bellini (de Florence), sous le nom de *colpodesmorraphie*, a rétréci le vagin par une série de sutures au fil d'argent parcourant circulairement les parois vaginales. Jacobs (de Bruxelles), sous le nom de *colpostricture*, *pessaires multiples*, a repris la même opération avec des crins de Florence conduits sous la muqueuse en la fronçant, absolument comme un lacet en coulisse vient fermer une blague à tabac.

Employée seule, l'opération de Freund-Jacobs peut trouver son indication chez des femmes âgées, débiles, cachectiques, où une opération sanglante plus importante se trouve contre-indiquée. Mais, en général, les fils sont éliminés au bout de quelques mois et tout le résultat est perdu.

Plus récemment, Gubaroff a publié trois opérations dans lesquelles, à l'aide d'une aiguille et d'un crin de Florence, il circonscrit un quadrilatère de tissus sur la paroi vaginale antérieure et fait un grand pli transversal à la muqueuse, de manière à reconstituer une colonne vaginale antérieure très résistante. La même manœuvre est répétée sur la paroi vaginale postérieure. Ces deux temps vaginaux sont associés à une amputation préalable du col, s'il en est besoin.

Les résultats du procédé de Freund paraissent médiocres; dans une statistique de Gœrtig, sur sept femmes, il y eut quatre récidives, un résultat inconnu; deux seulement au bout d'une année restaient à l'abri d'une récidive.

Ces divers procédés ne peuvent être considérés que comme exceptionnels et, à notre avis, dans les cas de prolapsus au premier et au deuxième degré — prolapsus vaginal et prolapsus vagino-utérin, sans élongation de l'utérus — la colpopérinéorraphie, genre Hegar, avec modification plus ou moins personnelle dans le mode d'avivement et de suture, reste l'opération fondamentale, l'opération de choix, l'opération répondant à la plus réelle des indications. Toute opération s'éloignant de ce type, dans laquelle l'intervention ne vise que la paroi muqueuse vaginale, ne tend pas à ramasser et à relever les éléments musculaires dissociés du vagin et du périnée, est à l'avance frappée de stérilité dans ses résultats. Elle ne s'adresse qu'à la doublure du vagin sans reconstituer toute l'épaisseur des tissus : elle néglige les éléments utiles doués de tonicité et de contractilité pour ne prendre que le revêtement muqueux flasque, atonique et extensible.

Dans la bonne exécution d'une colpopérinéorraphie, le but à atteindre n'est pas seulement le rapprochement des bords de la muqueuse vaginale avivée, c'est le tassement et le froncement des tissus profonds sous-jacents par l'introduction de sutures qui chargent profondément ces tissus d'un côté à l'autre, les rapprochent de la ligne médiane dont ils sont éloignés, fassent, avec les éléments dissociés du releveur de l'anus, du fascia et du tissu cellulaire, un plan résistant et épais, et transforment la cloison recto-vaginale, devenue uniquement bimuqueuse, en une cloison condensée et tonique.

Tout est dans la bonne exécution du procédé, et de cette bonne exécution nous plaçons au premier rang : 1° l'étendue antéro-postérieure et transversale de l'avivement, commençant en haut à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 au-dessous du col utérin, s'étendant en travers presqu'à l'union de la paroi vaginale postérieure avec les parois latérales; 2° l'application de sutures entrant très près de la ligne d'avivement et ressortant au point opposé symétrique après avoir parcouru et chargé toute l'épaisseur des tissus compris dans l'anse, jusqu'au voisinage de la muqueuse rectale; 3° la soigneuse coaptation des bords avivés par dessus les tissus déprimés profondément pendant la constriction du fil; 4° la nécessité de la réunion immédiate assurée par une bonne antisepsie avant et après l'opération.

(La fin au prochain numéro.)

Congrès français de chirurgie. — M. Gross, de Nancy, a été élu président du prochain Congres de chirurgie. M. Le Dentu est nommé vice-président

Les questions mises à l'ordre du jour sont

1° Traitement des contusions de l'abdomen; rapporteur, M. Demons;

2° Traitement du cancer du rectum; rapporteur, M. Quénu.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Suite (1).

Traitement du pied bot varus équin congénital.

DISCUSSION

M. E. KIRMISSON (de Paris). — Deux conditions très différentes peuvent se présenter dans le traitement du pied bot varus équin congénital ; ou bien on est en présence d'un enfant nouveau-né ou, au moins, n'ayant jamais marché ; ou en présence d'une déformation déjà plus ancienne, chez un enfant ayant déjà marché.

Dans le premier cas, il faut commencer le traitement le plus tôt possible. Il s'adresse d'abord au varus, et ne traite l'équinisme que consécutivement. Il fait des massages journaliers, redressant progressivement l'adduction de l'avant-pied, et il maintient le résultat acquis à l'aide de petites bottes en gutta-percha, très bien supportées par la peau si tendre des jeunes enfants. Le second acte consiste à détruire l'équinisme ; il a recours, pour cela, si le massage ne paraît pas suffisant, à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.

Si l'enfant a marché, et si le pied bot est invétéré, c'est au redressement forcé sous chloroforme qu'il faudra avoir recours, ainsi qu'aux opérations employées en général pour la cure du pied bot invétéré. Le redressement donne de bons résultats quand le pied n'est pas trop dur. On le maintient par un appareil plâtré, et on continue le traitement par des massages.

Quant aux opérations, elle sont assez nombreuses. La tarsoclasie instrumentale paraît trop aveugle à l'orateur, et mérite le gros reproche de ne pas permettre de mesurer les résultats qu'on veut obtenir. Les opérations sanglantes lui semblent préférables. Mais il repousse les opérations portant d'emblée sur le squelette, comme compromettant la forme et la fonction du pied.

M. Kirmisson considère comme la meilleure de toutes les interventions, l'opération de Phelps avec les modifications qu'il y a apportées. Au lieu de n'ouvrir que rarement les articulations médio-tarsiennes, comme le faisait Phelps, il considère ce temps de l'opération comme en étant le point fondamental.

M. Kirmisson insiste ensuite sur les détails de l'opération du pied bot varus équin congénital, telle qu'il l'exécute.

Le total de ses opérations de Phelps s'élève, à l'heure actuelle, à 76, ayant porté sur 54 malades. L'enfant le plus jeune avait quinze mois, le plus âgé avait dix-neuf ans. Le plus grand nombre était compris entre trois et dix ans.

23 malades avaient subi antérieurement la ténotomie du tendon d'Achille ; 2 avaient été soumis à la tarsoclasie instrumentale, 3 enfin avaient subi antérieurement l'ablation de l'astragale.

Il n'a observé de complications graves que chez 1 de nos opérés qui a eu une eschare profonde causée par l'appareil plâtré.

(1) Voir le numéro précédent.

Les résultats définitifs ont été, en général, très satisfaisants.

Voici les conclusions de l'orateur :

Dans le pied bot invétéré, l'opération de Phelps lui paraît l'opération de choix. Que beaucoup de collègues aient obtenu des résultats avantageux à l'aide de la tarsoclasie instrumentale, il ne cherche nullement à le nier. Mais il tient avant tout à bien préciser que les opérations sur le squelette, les différentes tarsotomies ne devront jamais être mises en parallèle avec les méthodes précédentes dans la cure du pied bot varus équin congénital ; elles ne devront jamais constituer des opérations de choix, mais seulement des méthodes d'exception et de nécessité.

M. PAUL BERGER admet que les varus équin peuvent être traités, dans les premiers mois, par les manipulations (déroulement du pied), mais, le plus souvent, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie. M. Berger fait la section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long et même plus de vingt ans ; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets ; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave, les orteils s'écartaient en éventail ; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel, il était parfait.

Ce pied bot est-il invétéré, M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme) : l'astragalectomie seule ne remédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable, elle corrige merveilleusement la difformité.

M. DESCHAMPS (de Liège) donne les conclusions suivantes :

1° Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas encore de porter un jugement définitif sur la pathogénie du pied bot ; on peut cependant admettre que le pied bot varus équin congénital est le résultat d'une paralysie, pendant la vie intra-utérine des muscles adducteurs du pied (théorie de Suyn) ; les lésions osseuses en sont la conséquence.

2° Le traitement chirurgical varie et dépend autant de la lésion elle-même que des aptitudes et de l'expérience personnelle du chirurgien opérateur.

3° L'opération de Phelps, ou de Reeves, a donné d'excellents résultats ; elle est applicable dans bien des cas. La tarsectomie est parfois préférable.

4° Dans tous les cas, la valeur du traitement chirurgical peut être nulle, si l'on néglige les soins consécutifs de massage, le redressement et les manœuvres orthopédiques.

5° On peut parfaitement guérir un pied bot par le massage patient et le redressement forcé si le traitement a été commencé dès le jeune âge.

M. JALAGUIER (de Paris) déclare avoir été longtemps partisan presque exclusif du traitement des pieds bots, par la réduction manuelle et le massage forcé, après ténotomie du tendon d'Achille, et quelquefois de l'aponévrose plantaire. Il a ainsi obtenu de très bons résultats, mais souvent il a eu des récidives ; l'idéal est d'obtenir, en une seule fois, au moyen d'une opération sans gravité, un redressement durable par *suppression de l'obstacle osseux*.

ce qui permet de réduire au minimum les soins consécutifs.

Quand Ch. Nélaton eut établi qu'il était possible de corriger à peu de frais, par une opération sanglante, les déformations du pied bot invétéré des enfants, il se trouva naturellement porté à soumettre au même traitement les pied bots *graves* des tout jeunes enfants.

Par pieds bots *graves*, il entend ceux dans lesquels la coudure en varus atteint ou dépasse l'angle droit. Depuis trois ans, il a appliqué cette méthode 31 fois (10 fois sur des enfants de *moins d'un an*; 20 fois sur des enfants de dix-huit mois à cinq ans; *une* fois sur un enfant de quatorze ans). Il n'a pas eu à déplorer un seul accident opératoire. L'opération consiste dans la décapitation de l'astragale et du calcanéum, après ténotomie du tendon d'Achille, et, s'il y a lieu, de l'aponévrose plantaire. Il avive le scaphoïde et le cuboïde, qu'il suture au tarse postérieur avec un gros catgut passé profondément, de manière à établir une arthrodèse médio-tarsienne. Il pratique ensuite le raccourcissement du pédieux avec quelques points de catgut.

Pour les petits enfants *au-dessous d'un an*, cette opération est insuffisante; pour les sujets plus âgés, il est quelquefois nécessaire d'enlever une tranche de cuboïde et de scaphoïde, ou même ces os dans leur entier.

Après *douze jours*, on enlève l'appareil, l'enfant étant endormi, et on en applique un autre, en exagérant encore la correction. Au vingt-cinquième jour, la correction est solide, et on n'a plus qu'à s'occuper de maintenir le résultat au moyen d'une chaussure appropriée. On ne négligera pas les manœuvres d'assouplissement et de massage.

M. Lucas-Championnière pense qu'à la chirurgie tendineuse il faut substituer définitivement la chirurgie osseuse. Les sections tendineuses sont aussi graves que les sections osseuses, la longue immobilité qu'imposent les appareils plâtrés est une source de dangers au même titre qu'une intervention chirurgicale. Au cours de ses opérations, il a constaté ce fait paradoxal au premier abord, c'est que plus il détruisait d'os, plus la restauration était parfaite. Il enlève tous les os du tarse, jusqu'à ce que le pied soit malléable comme de la cire. Par contre, il est on ne peut plus économe des sections tendineuses. Le pied, une fois redressé, il ne le maintient pas par un appareil plâtré, mais par un simple pansement ouaté qu'il enlève le huitieme jour. Au bout de ce temps, il mobilise chaque jour le pied; cette mobilisation est beaucoup plus importante que le port d'un appareil.

Il a pratiqué 23 opérations sur pieds bots; dans 13 ou 14, il a enlevé la totalité des os du tarse, en ne laissant qu'une portion de calcanéum, en allant, dans un cas, jusqu'à l'ablation de la partie postérieure du cinquième métatarsien. Dans tous ces cas, le résultat a été parfait, le pied était raccourci, mais avait conservé sa hauteur et permettait une marche excellente.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg). — Dans l'âge tendre, les manipulations seules réussissent fort souvent.

Passé quatre ou cinq mois, il faut faire des sections tendineuses ou aponévrotiques, et maintenir le pied redressé dans des appareils plâtrés, et cela pendant des mois.

Vers quatre ans, ces moyens échouent généralement, surtout dans les pieds bots osseux; alors, on peut recourir avec succès au redressement manuel ou instrumental; se confiner, au besoin, à l'opération de Phelps.

Celle-ci, pratiquée même très largement, se montre fort souvent inefficace.

Alors, la tarsectomie devra être exécutée; on aura le choix entre l'astragalectomie et la tarsectomie totale.

Résultats. — 5 parsectomies, dont 3 totales, 3 partielles, lui ont fourni 6 guérisons.

Pieds bots acquis. — La ténotomie et le redressement suivis du port d'un bon appareil, réussissent également souvent, dans les pieds bots paralytiques de l'enfance.

A une période plus avancée, surgit l'indication opératoire. Elle a pour but de créer une ankylose au cou-de-pied.

Deux moyens sont à notre disposition : l'arthrodèse, qui convient aux cas réductibles, la tarsectomie, qui s'adresse aux pieds bots irréductibles.

Résultats. — Il a pratiqué 12 opérations : 11 tarsectomies et 1 arthrodèse, dont 9 pour des pieds bots paralytiques proprement dits, 3 pour des pieds bots consécutifs a des traumatismes ou à des arthrites.

Ces 12 opérations ont été suivies de guérison constatée huit, dix, quinze mois, deux ans, trois ans (3 cas), près de quatre ans (4 cas), neuf ans.

Sur les 9 opérés de varus équin, 5 ont été absolument redressés, 3 ont un peu d'adduction du pied; 5 opérés sur 12 ont guéri par ankylose totale; 4 par semi-ankylose; 1 avec mobilité; 2 avec mouvements actifs d'une certaine ampleur; 7 marchent sans canne. Ils portent tous, sauf 1, une chaussure à semelle haute et à tige.

M. Gross (de Nancy). — Les recherches de Lannelongue et de Thorens nous ont appris que les altérations squelettiques peuvent être déjà constatées sur le pied bot du nouveau né, mais qu'elles s'accentuent surtout à partir du moment où l'enfant pose le pied à terre. Quand il y a simplement rétraction fibreuse avec des os à peine déformés, l'orthopédie peut tout. Quand la subluxation médio-tarsienne est constituée, l'intervention sur les os est indiquée. J'emploie la tarsectomie postérieure cunéiforme. Je l'ai pratiquée sur 18 sujets de trois à seize ans; la correction immédiate de la difformité a été toujours complète et s'est maintenue dans le plus grand nombre de cas. Les insuccès notés chez 3 opérés étaient dus à des circonstances exceptionnelles.

M. Doyen (de Paris). — Ce qui doit dominer dans la question du traitement du pied bot, c'est de guérir vite les malades. Les méthodes lentes sont des méthodes rétrogrades.

Quant au pied plat valgus, il est toujours justiciable de l'intervention, et il enlève en général le scaphoïde.

M. Broca a opéré 83 pieds bots sur 59 sujets, et ses opérations sont : 35 sections du tendon d'Achille sur 23 sujets, dont un a dû subir plus tard des deux côtés le massage forcé, dont un a dû subir une double incision de Phelps; 9 incisions de Phelps sur 6 sujets dont deux (1 unilatéral, 1 bilatéral) ont dû subir plus tard la tarsectomie; 15 massages forcés avec ténotomie sous le chloroforme à 11 sujets, dont un a subi plus tard la tarsectomie : 34 tarsectomies sur 22 sujets. D'une manière générale, M. Broca confirme, avec cette expérience personnelle, les conclusions du rapport de M. Forgue. On doit entreprendre le traitement aussitôt que possible, même dès la naissance, et dans ces conditions, sur l'enfant n'ayant pas encore marché, on réussira presque toujours par le massage et la ténotomie; comme tous les auteurs, depuis Adams surtout, M. Broca insiste sur la nécessité de corriger le varus avant de couper le tendon d'Achille. Cette correction peut s'obtenir en quelques semaines, par des séances quotidiennes de massage; mais on peut la réaliser en une seule séance de redressement brusque, modelant, pratiqué sous le chloroforme. Cette méthode, dont le principe est incontestablement déjà assez ancien, due à Delore en particu-

lier, a été récemment réglée par Lorenz (de Vienne), dont le manuel opératoire pour attaquer successivement chacun des éléments de la difformité a été adopté par M. Broca.

Sur les sujets un peu âgés, ayant déjà marché, la force manuelle paraît d'ordinaire insuffisante, et, pour redresser brusquement le pied, on a inventé divers tarsoclastes. M. Broca n'est pas partisan de ces violences instrumentales, aisément aveugles et trop brutales et, quand le redressement manuel échoue, il préfère l'intervention sanglante. Il croit qu'alors la tarsectomie doit être préférée à l'incision de Phelps, car elle n'est pas plus grave (mortalité 0), déprime très peu le pied et donne un résultat à la fois plus rapide et plus sûr. La tarsectomie ne doit pas être bornée à l'astragalectomie, remède contre l'équinisme seulement, mais elle doit porter aussi sur la grande apophyse du calcanéum et, selon les besoins, sur les divers os du tarse, jusqu'à ce que la correction soit parfaite, selon les préceptes énoncés par Lucas-Championnière.

M. P. Redard insiste sur l'abus des opérations chirurgicales dans le traitement des pieds bots et sur l'importance du redressement forcé et de la tarsoclasie instrumentale dans le traitement de certaines formes. Il insiste sur la valeur du redressement forcé manuel et instrumental. Il décrit la tarsoclasie instrumentale qu'il a adoptée depuis longtemps et donne les indications et les résultats de cette méthode de traitement des pieds bots.

M. Ollier (de Lyon) est toujours partisan de la ténotomie et du redressement forcé. Cette opération est la seule que l'on doive pratiquer chez les jeunes enfants. Il est toujours parvenu à redresser les pieds bots chez les enfants jusqu'à l'âge de sept ou huit ans. Chez les enfants plus âgés, il pratique l'astragalectomie, excellente opération pour les pieds bots que l'on ne peut redresser autrement. Cette extirpation de l'astragale ne suffit pas toujours; il la complète par l'ablation d'une portion du calcanéum ou du cuboïde, mais il ne va pas aussi loin dans ses ablations que M. Lucas Championnière. Toutes ses opérations lui ont donné d'excellents résultats.

M. Phocas (de Lille) ne reconnaît qu'une règle dans le redressement du pied bot congénital ou acquis : c'est la restitution intégrale et définitive des formes à la suite de l'opération. Pour cela, il pratique sur les enfants jeunes le redressement brusque, suivi de ténotomie; sur les enfants plus âgés et sur les pieds bots invétérés, l'astragalectomie suivie d'une opération de Phelps plus ou moins large, et il finit par l'ablation d'un ou plusieurs os du tarse si cela est nécessaire.

Voici sa statistique : opération de Phelps pure, 9 opérations. Opérations complexes : pieds bots congénitaux, 10 opérations; paralytique, 1 opération; astragalectomies, 3. — Au total, 23 opérations avec de bons résultats.

M. Métaxas (de Marseille), à propos de quelques cas de pieds bots varus équins, congénitaux et paralytiques, chez l'enfant, cite vingt deux interventions, guérison avec restitution de la forme et de la fonction : les enfants étaient âgés de trois à onze ans, sauf un cas de dix-huit mois.

M. Reynier (de Paris) s'occupe de la pathogénie du pied plat valgus douloureux. Les douleurs du tarse, les tarsalgies qui produisent les déviations du pied en valgus, pendant l'adolescence, tantôt avec affaissement de la voûte, tantôt avec conservation de celle-ci, sont dues à des causes multiples.

Il y a donc lieu de distinguer plusieurs variétés de tarsalgie : 1° celles où des lésions osseuses bien nettement déterminées sont la cause de la maladie, par exemple les tarsalgies tuberculeuses des articulations; 2° celles où un léger degré d'inflammation, ou mieux de simples phénomènes congestifs des os amenés par les troubles de la croissance, une entorse, une attaque de rhumatisme, amènent une contracture des muscles. Dans ces cas il faut tenir compte, pour expliquer cette contracture, si facile, si rebelle, à des troubles du système nerveux, qui, dans quelques cas, peuvent être nettement rattachés à l'hystérie. Ces troubles du système nerveux peuvent faire penser enfin que les altérations osseuses mal définies qu'ont signalées presque tous les auteurs, les lésions du cartilage, sont dues à de véritables troubles trophiques osseux, que confirmeraient les troubles de même nature, dont la peau est le siège, dans les tarsalgies.

M. Lejars donne les résultats éloignés de la tarsectomie cunéiforme, dans le pied plat valgus douloureux invétéré. Quatre malades étaient âgés de dix-neuf, vingt, vingt-trois et vingt-quatre ans : chez tous les quatre, l'affection remontait à plusieurs années et avait été l'objet de plusieurs traitements ; le squelette du pied était notablement déformé et, en particulier, le scaphoïde subluxé, sur la tête du calcanéum. Chez tous les quatre, l'incision osseuse fut très large et la guérison opératoire eût lieu sans incident.

Il y a lieu de distinguer les résultats plastiques, orthomorphiques, autrement dit le rétablissement et le maintien de la cambrure du pied, et les résultats fonctionnels. Bien qu'ils soient connexes le plus souvent, il arrive que l'affaissement secondaire de la plante, au bout de quelques mois de marche, ne réveille pas de nouveaux accidents. Dans un organe tel que le pied, on ne saurait, en effet, juger d'une opération d'après ses effets mécaniques, surtout dans le jeune âge : par le fait du développement et des mouvements, il se produit un travail d'accommodation qui entre pour une grande part dans le résultat fonctionnel définitif.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1896

M. Cornil fait une intéressante communication sur la *structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique*. Il a pu étudier, en déterminant expérimentalement des pleurésies chez le chien, les phénomènes histologiques de l'organisation des exsudats fibrineux, les relations des cellules endothéliales avec la fibrine. Les faits observés prouvent que les cellules conjonctives ou endothéliales jouissent de mouvements amyboïdes propres et qu'elles se déplacent pour pénétrer dans la fibrine qui, elle-même, par ses dépôts successifs, les entraîne des couches profondes aux couches superficielles de la pseudo membrane.

Cette vitalité extrême des cellules endothéliales et le pouvoir de se déplacer sont favorisés par la richesse nutritive du sang et de la fibrine, avec lesquelles elles sont en contact.

Des cellules analogues se rencontrent dans l'exsudat intra-alvéolaire et intra-bronchique de la pneumonie aseptique du chien. Il en est de même chez l'homme.

— M. Vigouroux a étudié la *pathogénie et le traitement des impotences fonctionnelles (crampes des écrivains, pianistes, etc., et spasmes fonctionnels)*.

« L'opinion générale, dit M. Vigouroux, considère ces

affections comme des névroses ayant une origine et des symptômes professionnels. Ayant constaté, dans un certain nombre de cas, des altérations des nerfs et des muscles, j'ai été conduit à reconnaître qu'il en est de même pour la généralité. Seulement ces altérations sont le plus souvent à peine perceptibles et le trouble fonctionnel qui en résulte ne peut être mis en évidence que par une épreuve délicate comme l'exécution d'un acte compliqué.

« Voici, en somme, l'enchaînement pathogénique :

« A. Maladie générale, dyscrasique infectieuse ou toxique, déterminant : 1° une exagération de l'excitabilité réflexe; 2° des lésions variées des nerfs, des muscles, des tissus synovial et fibreux et des vaisseaux.

« B. Ces lésions produisent les troubles fonctionnels, soit directement, par exemple, en diminuant l'irrigation sanguine et, par suite, la sensibilité et la force des muscles, soit en provoquant un spasme réflexe.

« Le traitement doit être dirigé : 1° contre la maladie générale. Il s'agit le plus souvent d'arthritisme, contre lequel on mettra en œuvre les moyens connus; 2° contre les troubles fonctionnels et locaux. Le principal moyen, mais non le seul, est une gymnastique inventée il y a trente ans, par un spécialiste anglais, nommé Jackson, et pratiquée intensivement.

« Je compte déjà plus de cinquante cas de guérison obtenus par cette méthode, chiffre notable si l'on se rappelle que les auteurs sont unanimes à déclarer que les impotences fonctionnelles sont rebelles à tout traitement. »

— La question des *perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde* amène M. LEREBOULLET à la tribune. M. Lereboullet partage, sur presque tous les points, les idées exprimées par M. Dieulafoy dans la dernière séance. Toutefois, ce dernier a donné, comme signe le plus important de la perforation intestinale, une chute brusque de la température. M. Lereboullet pense, au contraire, que l'élévation de la température centrale est, dans ce cas, la règle. Telle est, d'ailleurs, l'opinion d'un grand nombre de classiques : Lorrain, Griesinger, Cuéneau de Mussy, Brouardel, Thoinot, etc. Les caractères du pouls auraient, par contre, une importance considérable. Quand le pouls s'accélère brusquement, devient petit, serré, inégal, et quand il reste tel pendant plusieurs jours, il ne peut être question que d'une hémorragie ou d'une perforation.

Au point de vue du pronostic, aussi bien qu'au point de vue des indications opératoires, l'hypothermie est un signe grave.

M. MONOD cite un fait qui vient à l'appui de l'opinion exprimée par M. Lereboullet. Il s'agit d'un typhique chez lequel une perforation intestinale se traduisit par une brusque élévation de température et une douleur abdominale intense. M. Monod intervint chirurgicalement; il sutura la plaie intestinale et ferma l'abdomen. Le malade mourut le lendemain; on constata à l'autopsie qu'il n'existait pas d'autre perforation.

— A la fin de la séance, l'Académie a entendu la lecture du rapport de M. FERRAND sur les mémoires présentés pour le *prix Faivre*, celui de M. MOTET sur les mémoires présentés pour le *prix Falret*, enfin celui de M. ROBIN sur les mémoires présentés pour le *prix Orfila*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. QUÉNU, à propos de la communication de M. Boeckel sur l'*extirpation du rectum*, prend la parole et décrit le procédé auquel il est arrivé après de nombreuses recherches dans le but de parer à l'infection; car c'est la septicémie qui tue les opérés.

M. Chalot avait bien commencé, dit M. Quénu; il ouvrait le ventre, liait la mésentérique inférieure, sectionnait l'anse oméga, fixait un bout à la plaie et enlevait tout le reste par une extirpation ano-rectale. Il a même pratiqué son opération sur un malade qui est mort d'intoxication septique.

M. Quénu pense qu'il ne faut pas, comme M. Chalot, opérer en un temps, car on est obligé de passer de l'abdomen à la région anale, et, dans ces manœuvres longues, il y a des chances de septicémie. Il établit donc d'abord un anus iliaque définitif et fait une seconde intervention : l'extirpation.

M. Quénu commence par faire une incision abdominale médiane, attire l'anse oméga en dehors, puis, choisissant un endroit du meso sans vaisseaux, il ouvre ce meso, passe une large mèche de gaze iodoformée, ligature l'intestin entre deux anses élastiques. Il incise ensuite au thermocautère l'intestin et cautérise toute la muqueuse des deux bouts.

Il invagine ensuite le bout inférieur dans le rectum, en libérant petit à petit le meso par des coups de ciseaux; puis il fait des sutures de Lambert sur le péritoine, oblitérant ainsi le rectum. Il ferme ensuite le ventre, laissant le bout supérieur au haut de l'incision. Le surlendemain, l'intestin fut ponctionné et la malade alla à la garde-robe par cette ouverture, dans laquelle M. Quénu introduisit un drain.

La malade sur laquelle cette première partie de l'intervention a été faite va bien, et M. Quénu compte lui faire l'opération suivante pour extirper le rectum et le néoplasme qui l'a envahi.

Il va d'abord faire une incision circulaire autour de l'anus, et poser une soie qui va fermer l'anus complètement, ce qui le mettra à l'abri de l'infection. Il ouvrira ensuite le cul-de-sac péritonéal et décollera en arrière le rectum fermé qu'il enlèvera comme une tumeur.

— C'est sur la *complication des otites* que M. BRUN prend ensuite la parole. Comme M. Broca, il insiste sur la gravité des accidents encéphaliques; il a eu, pour sa part, dans son service d'enfants, 4 fois l'occasion d'intervenir et a perdu 3 de ses opérés.

Comme M. Broca, M. Brun pense aussi que devant des accidents cérébraux chez un enfant atteint d'otorrhée, il faut commencer par ouvrir la mastoïde et la caisse, et cite une observation dans laquelle cette intervention a réussi pleinement. Si l'amélioration n'arrive pas, il faut le lendemain ouvrir le crâne, au besoin même en risquant de ne pas trouver le pus.

M. Brun insiste sur la somnolence et sur le ralentissement du pouls comme pouvant vous faire faire le diagnostic d'abcès du cerveau.

Quand il y aura thrombose des sinus, une fois la mastoïde et la caisse ouvertes, il suffit de donner un coup de ciseaux en arrière pour ouvrir le sinus. Il a eu l'occasion d'ouvrir aussi le sinus latéral et de le nettoyer, mais il n'a pu sauver son malade.

Pour l'ouverture du cervelet, la voie mastoïdienne ne lui parait pas suffisante, car on n'arrive que sur un des côtés de l'organe.

M. BROCA, comme M. Brun, pense que lorsqu'on soupçonne un abcès cérébral, il faut y aller immédiatement. Quant à l'abcès cérébelleux, son siége est, en général, en avant et en dehors, et c'est pour cela que M. Broca préfère la voie mastoïdienne.

— C'est sur un procédé de *prolapsus du rectum* que M. NÉLATON fait une communication. Il s'agit d'un prolapsus de 15 centimètres. M. Nélaton avait autrefois réséqué pour un prolapsus une quantité considérable d'intestins et était décidé, dans le premier cas qui se présenterait, à supprimer tout ce qui pourrait descendre. Mais il y avait les meso qui pouvaient s'opposer à la descente. Aussi M. Nélaton ouvrit-il l'abdomen et sectionna les meso sur des ligatures. Il referma le ventre et mit ensuite le malade dans la situation de la taille. Il alla alors ouvrir le péritoine, enleva 26 centimètres d'intestin et fixa le bout inférieur à l'anus.

M. Nélaton pense qu'ainsi la récidive n'aura pas lieu.

M. FÉLIZET se demande s'il est toujours nécessaire de sectionner les vaisseaux et le meso. Chez l'enfant, il a réséqué souvent le prolapsus du rectum. C'est une opération facile, et il ne lui a pas paru qu'il fût nécessaire de faire une première libération par l'abdomen. Il a eu aussi des succès sans récidive.

M. Félizet étudie ensuite la pathogénie. Dans certains cas il y a insuffisance du sphincter et il ne faut pas faire l'excision, dans d'autres il s'agit d'une hypertrophie et alors il faut réséquer.

— La séance se termine par la présentation d'une petite malade atteinte de luxation congénitale double de la hanche et de double pied bot varus equin congénital. M. Kirmisson a opéré les deux pieds bots par l'incision de Phelps et a eu un beau succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1896

A propos du fait curieux d'épistaxis à répétition, présenté par M. Rendu dans la dernière séance, M. LERMOYEZ communique quelques considérations sur la *pathogénie et le traitement de l'épistaxis*.

« Bien des épistaxis, dit M. Lermoyez, attribuées à des états généraux, se comportent comme celles du malade de M. Rendu, et relèvent d'une lésion locale méconnue.

« Il y a lieu, en effet, de reviser la classification des épistaxis telle qu'on la trouve décrite dans nos traités classiques. Les hémorragies nasales sont divisées en actives et passives, essentielles et symptomatiques, dues a des lésions locales ou générales. Or, c'est là un cliché banal qu'on applique indistinctement à la description des hémorragies des différents organes. Pour le poumon, l'intestin ou les vaisseaux, cela est admissible puisque, dans ces organes, ne pouvant pas voir ce qui est, on doit se borner à admettre ce qu'on suppose. Mais il n'en va pas de même pour la pituitaire, où nous pouvons voir la cause de l'hémorragie et où nous avons le devoir de la rechercher. L'hémorragie nasale est, au même titre que l'hémorragie cutanée, une hémorragie chirurgicale relevant, avant tout, d'un traitement local.

« Qu'il y ait des épistaxis sans lésion locale et essentielle, à la rigueur, on pourrait l'admettre : dans certains cas de purpura infectieux, de variole hémorragique, il peut y avoir une hémorragie diffuse de la pituitaire qui saigne dans toute son étendue. Mais ces cas, absolument exceptionnels, mis à part, on peut dire qu'à peu près toutes les épistaxis, quelle que soit l'épithète médicale qu'on leur donne, relèvent d'une lésion locale

« Tantôt il s'agit d'une lésion grossière, ulcère, tumeur, etc., siégeant en un point quelconque des fosses nasales ; beaucoup plus souvent on est en présence d'une lésion minime, mais remarquable par la constance de son siège et de sa nature et qui est la lésion caractéristique de l'épistaxis. C'est l'*érosion hémorragique de la cloison*, sorte de petit ulcère variqueux en miniature qui occupe un point défini, la partie antéro-inférieure de la cloison cartillagineuse. Pour découvrir cette lésion, il n'est besoin d'aucun instrument spécial : on peut la voir aisément, sans spéculum ni miroir ; il suffit de placer le malade bien en face du jour, de relever le lobule du nez en le portant un peu de côté ; et alors on découvre au lieu d'élection, soit une lésion saignante, soit une croûtelle noirâtre entourée d'une auréole de vaisseaux rayonnants, dilatés. Cette lesion occupe le territoire irrigué par l'extrémité de la branche interne de la sphéno-platine : artere qui mérite le nom d'*artère de l'épistaxis* au même titre, et plus encore que la lentule-striée, se nomme artère de l'hémorragie cérébrale.

« La critique de la classification traditionnelle des épistaxis a une conséquence pratique capitale : c'est que contre l'épistaxis due à une lésion locale, bénigne, constante, il faut diriger un traitement local anodin et bien défini. Quand le nez saigne, c'est le nez qu'il faut examiner, sans s'attarder à explorer le foie, la rate, les reins et le cœur : il faut marcher droit au sang.

« Que dirait-on d'un chirurgien qui, en présence d'une plaie de la paume de la main, au lieu de pratiquer le tamponnement de la plaie ou la ligature des artères de l'avant-bras, se contenterait de prescrire à sa malade du vin de quinquina et du fer ? Or, c'est ce que beaucoup de médecins font en présence des épistaxis.

« Que le traitement général soit un utile adjuvant, je n'y contredis pas. Il est certain qu'en ramenant la tension artérielle à sa tenue normale, en purgeant un albuminurique, en digitalisant un cardiaque, on diminue l'épistaxis, mais on ne l'arrête pas, car la porte de sortie du sang reste béante.

« Or, pour fermer cette porte, il suffit, sans exagération, de porter un crayon de nitrate d'argent sur le point incriminé et de l'y laisser quelques instants, pour presque toujours arrêter définitivement l'hémorragie nasale — comme si l'on tournait un robinet — quel que soit l'état qui l'accompagne.

« Ces notions ne sont pas neuves, mais elles sont vraies et très peu connues des praticiens ; il y a donc un très grand intérêt à ce qu'elles soient vulgarisées. »

M. RENDU partage l'opinion exprimée par M. Lermoyez ; cependant il ne faut pas être exclusif ; il admet que certaines épistaxis relèvent de causes générales : ainsi l'hypertension artérielle du mal de Bright peut être la cause unique des épistaxis. Le traitement général trouve donc ses indications comme le traitement local.

— M. SIREDEY communique ensuite, en son nom et au nom de M. Faure, chirurgien des hôpitaux, l'observation d'un cas de *péritonite par perforation de la vésicule biliaire* chez une femme enceinte de trois mois. On crut d'abord qu'il s'agissait d'une appendicite compliquée de péritonite. M. Faure intervint chirurgicalement, mais ne trouvant rien dans la fosse iliaque, il prolongea l'incision par en haut et put se convaincre ainsi de l'existence d'une perforation de la vésicule biliaire. La cause de cette perforation resta inconnue. Mais les suites opératoires furent des plus satisfaisantes, la malade guérit rapidement et la grossesse évolua normalement.

— M. HAYEM présente l'observation d'un malade chez lequel on pratiqua la *gastro-enterostomie pour dilatation de l'estomac*.

Il s'agit d'un homme atteint d'ulcère de l'estomac siégeant dans la région pylorique et ayant amené secondairement une sténose de cet orifice, subit une gastro-entérostomie, pratiquée, sur les conseils de M. Hayem, par M. Tuffier. Les résultats de cette opération furent excellents, les douleurs cessèrent, l'alimentation redevint normale, l'embonpoint reparut. Cependant la dilatation stomacale persista telle qu'elle était avant l'opération; de même qu'avant l'opération on trouvait toujours, dans l'estomac du malade, un liquide résidual bilieux; après l'opération, le même phénomène se reproduisit. M. Hayem suppose donc que, malgré la gastro-entérostomie, un obstacle persiste, et d'ailleurs le fait est facile à comprendre et plusieurs causes peuvent être invoquées : l'intestin attiré pour la suture a ses condures normales exagérées, d'où première cause d'obstacle; une coudure nouvelle est même créée au niveau du point suturé, d'où seconde cause. Bref, la dilatation peut persister après une gastro-entérostomie, et cette dilatation reconnait encore pour origine un obstacle à l'écoulement du contenu stomacal.

Peut-on invoquer, comme le fait M. Rendu pour expliquer cette dilatation persistante, une atonie de la paroi musculaire de l'estomac? M. Hayem ne le pense pas, car l'intestin étant abouché à la partie la plus déclive de l'estomac, on ne devrait plus retrouver, chez ce malade, de clapotage; or, ce signe existe encore.

M. Mathieu, qui a fait pratiquer déjà huit fois la gastro-entérostomie pour sténose pylorique, a vu, lui aussi, dans un cas, persister la dilatation et la stase gastriques. M. Legendre fait enfin remarquer que si la dilatation peut persister après la gastro-entérostomie, elle peut, par contre, guérir, alors même que l'obstacle pylorique n'a pas été levé chirurgicalement. C'est ce qui s'est produit dans un cas qu'il a observé, il y a quelque temps, chez un individu présentant des signes de sténose pylorique à la suite d'ulcère de l'estomac; on pensa à pratiquer une intervention chirurgicale; toutefois on patienta; or, tous les symptômes s'amendèrent progressivement, et ceux même de la dilatation finirent par disparaître complètement.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Expérience établissant la longue conservation de la virulence du venin des serpents. — Note de M. P. Maisonneuve, présentée par M. Edmond Perrier.

A une vipère renfermée dans un bocal d'alcool, j'enlevai l'un des crochets à venin, lequel n'avait pas moins de 9 millimètres de longueur, et l'enfonçai tout entier sous la peau de la cuisse d'un moineau. A la suite, aucun symptôme particulier annonçant que le venin eût agi sur l'organisme de l'oiseau ne se montra, et il semblait naturel d'en conclure que le venin, mis au contact de l'alcool depuis tant d'années, avait perdu toute activité.

Cependant, je pensai que peut-être le poison, renfermé dans le canal de la dent, avait pu rester, par là même, soustrait à l'action du sang ou des autres liquides épanchés au niveau de la blessure faite à l'oiseau, et, par suite, n'avait pu être entraîné dans le système circulatoire.

Je retirai la dent des chairs de l'oiseau et, avec une fine aiguille, je détachai une faible portion de la matière concrétée dans le canal même de la dent, 1 milligramme tout au plus. A 11 h. 30, j'introduisis cette parcelle sous la peau de la cuisse de mon moineau. A midi, l'oiseau perd de sa vivacité; il reste immobile dans un coin de sa cage. Il n'y a cependant pas encore paralysie; quand on l'agace, il fait quelques pas. A 12 h. 30, ses plumes se hérissent, l'oiseau fait le gros. Il reste complètement immobile et ferme les yeux. A 1 h. 30, quand on l'excite, il se redresse et peut encore se tenir perché sur le doigt de la main. Il a l'air de dormir et semble plongé dans un état de torpeur profonde, dont il est difficile de le faire sortir. A 2 h. 5, il tourne sur lui-même horizontalement en se dirigeant vers le côté qui a été le siège de l'inoculation, c'est-à-dire de gauche à droite. Puis surviennent, coup sur coup, deux mouvements tétaniques de la tête en arrière et la petite bête tombe sur le côté droit. Un instant après, il se produit de violents mouvements de contraction des ailes, des pattes, du cou, et l'oiseau tombe sur le dos. Il meurt à 2 h. 7. Il s'est, par conséquent, écoulé deux heures trente-sept minutes entre l'inoculation du venin et la mort de l'oiseau.

Ainsi, voilà un fait qui établit, ce me semble, d'une façon irréfutable, que le venin des serpents peut se conserver de nombreuses années sans perdre ses redoutables propriétés, puisque l'animal sur lequel a été prise la parcelle de venin qui a servi à l'expérience, était conservé en alcool depuis au moins vingt ans.

De là, il faut tirer une autre conclusion, à savoir que l'on ne doit manier qu'avec une grande prudence les têtes de serpents venimeux, qu'il s'agisse de pièces préparées à l'état sec ou d'animaux plongés dans un liquide conservateur.

ÉCHOS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Les médecins dont les noms suivent ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bastion, de Landion; Bordier, directeur de l'École de médecine de Grenoble; Caradec, de Brest; Fournier, d'Angoulême; Friocourt, médecin en chef de la marine; Langenhagen, de La Motte-des-Bains; Nicolas, professeur à la Faculté de Nancy; Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson; Kavenez, médecin-major au 60e d'infanterie; Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Talairach, directeur du service de santé de la marine.

Officiers d'Académie. — MM. Baboin, de Grenoble; Baches, de Sos; Bretenacker, de Châlons-sur-Marne; Castéran, de La Poote; Comte, de Grenoble; Darrose, de Pontoux-sur-l'Adour; Delfau, de Besseges; Dousset, de La Guerche; Faint, de Rennes; Galotte, de Saint-Dié; Gautier, de Bazouges-la-Pérouse; Gouguenheim, de Paris; Greuell, de Gérardmer; Laydeker, d'Avize; Lelorrain, de Longwy; Le Moyne, de Lorient; Liégeois, de Bainville-aux-Saules; Marcotte, de Soissons; Maréchal, de Brest; Marlier, de Bruyèrea; Mathoy, de Mouthier; Morisson, de Maisons-Alfort; Pethiot, du Conquet; Quentin, de Rouen; Quettier, de Berck-sur-Mer; Romeyer, de Grenoble; Simongeau, de Montfort-sur-Mer; Stœber, de Saint-Dié; Templé, de Rennes; Verne, de Grenoble; Walmé, de Chauny; Waquet, de Lorient, et Woimant, de Soissons.

Décorations à accorder aux médecins de l'armée territoriale. — Les dispositions suivantes de l'instruction sur les inspections générales sont importantes et intéressent les médecins de réserve et de l'armée territoriale

Les décorations accordées au titre de la réserve et de l'armée territoriale, qu'elles soient attribuées à des officiers comptant de nombreux services de l'armée active ou

qu'elles soient attribuées aux autres officiers de la réserve ou de l'armée territoriale, doivent être considérées comme la récompense des services rendus au titre de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale et comme un stimulant pour les officiers de ces catégories.

Les chefs de corps ou de service devront, en conséquence, présenter les officiers pour l'admission et l'avancement dans la Légion d'honneur en leur attribuant, autant que possible, l'ordre de préférence ci-après :

1° Ceux qui, ayant satisfait aux obligations de la loi, ont demandé à être maintenus soit dans la réserve de l'armée active, soit dans l'armée territoriale, continuent à remplir effectivement leurs obligations et justifient, en outre, des conditions énumérées aux paragraphes 2° et 3° ci-dessous ;

2° Ceux qui ont accompli en plus de leurs périodes d'exercices réglementaires, un nombre de stages volontaires au moins égal à la moitié du nombre de ces périodes réglementaires ;

3° A ceux qui ont accompli, en plus de leurs périodes d'exercices réglementaires, un certain nombre de stages volontaires inférieur au chiffre fixé au paragraphe précédent, ont suivi avec fruit et assiduité les écoles d'instruction ;

4° Enfin, ceux qui ont accompli strictement le nombre de périodes d'exercices réglementaires.

En aucun cas, il ne devra être tenu compte des stages obligatoires accomplis pour insuffisance d'instruction.

M. Félix Faure à la Sorbonne. — Ainsi qu'on le sait, la loi du 10 juillet 1896 a reconstitué les Universités. Pour consacrer, en quelque sorte, la nouvelle organisation, M. Félix Faure, Président de la République, sur le vœu qui lui en a été exprimé, a accepté de présider, à la Sorbonne, la séance solennelle de la réouverture des cours, qui est fixée au 19 novembre.

Certificats hospitaliers. — L'incident a été soulevé par l'administration du Timbre au sujet d'un certificat délivré, sur papier non timbré, par un médecin des hôpitaux à un malade soigné dans son service.

M. Georges Cochery, ministre des finances, après avoir examiné la question, a reconnu que, les certificats dont il s'agit n'étant pas passibles du timbre au moment de leur délivrance, les médecins peuvent, comme par le passé, les rédiger sur papier non timbré.

Des instructions dans ce sens ont été adressées aux services intéressés.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Pehu, Roubion, Bonnet, Fayolle, Gondrand, Laroyenne, Prothon, Hugo, Berchoud, Carle, Molin, Roget, Lépine, Carrel-Billard, Levet et Comte.

Internes provisoires : MM. Lesieur, Pinatelle, Vial, Mazerand, Viaunay, Carrez, Moyroud, Manuelidès, Termier, Bayle, Vallin, Sgourdeos, Cousin, Magnet, Bouroud, Tolot, Gautier et Mayoud.

Hospice des Enfants assistés (74, rue Denfert-Rochereau). — M. Kirmisson commencera ses leçons cliniques le lundi 9 novembre, à 10 heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités de la tête et du tronc.

Opérations le lundi, à 8 heures 45.

Consultations gratuites les mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera le samedi 14 novembre, à l'Hôtel-Dieu, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° *Ophtalmoscopie* (avec malades) ;

2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves).

M. Mermet, chef du laboratoire, recommencera le lundi 16 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil et des annexes (pièces et technique histologique) ;

2° *Bactériologie clinique* de l'œil.

Les cours auront lieu : le premier, les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures ; le second, les lundi, mercredi, vendredi, à la même heure, et dureront six semaines.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Nécrologie. — Le Dr Paul Chéron vient de succomber à une maladie cardiaque qui avait pris, en ces derniers temps, un caractère d'inéluctable gravité. « Il est mort, comme le dit M. Laborde, à la tâche et à la peine, car il était encore, presque la veille de sa dernière heure, attablé, avec un courage stoïque, à sa besogne quotidienne, à laquelle il demandait et d'où il tirait son existence et celle des siens, dans cette petite retraite normande qu'il avait choisie et adoptée, non point pour le repos, car il ne se reposait jamais, mais comme séjour de vacances, et pour s'y livrer, dans un isolement plus complet, à ses multiples et incessants travaux : c'est là, dans ce petit coin qu'il affectionnait, et dans une grandiose solitude, en face de la mer et de ses horizons immenses, qu'il a rendu son dernier soupir dans les bras de sa gracieuse et bien-aimée compagne, artiste de grand talent, et qui travaillait à ses côtés, tout en lui prodiguant ses soins les plus tendres et les plus dévoués ».

Ancien interne des hôpitaux, Paul Chéron dut chercher son avenir dans le travail de cabinet et de publiciste. Il s'assimilait merveilleusement les travaux qui devaient servir à ses rédactions ; et le soin et la méthode avec lesquels il les recueillait faisaient de lui un érudit toujours prêt à traiter tout sujet d'actualité ou historique : c'est ce dont témoignaient les Revues générales signées de son nom. Il donnait ainsi sa multiple collaboration à plusieurs journaux de médecine, notamment à la *Tribune médicale*, au *Bulletin médical*, et nos lecteurs ont pu apprécier son talent par les articles signés de lui dans l'*Union médicale*.

Il apportait, en même temps, son concours à des travaux didactiques de plus ou moins longue haleine, notamment au *Traité clinique des maladies du foie et des reins*, de notre savant compatriote le Dr Labadie-Lagrave, qui l'appréciait particulièrement.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10. Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 46. L'UNION MÉDICALE 14 Novembre 1896.

SOMMAIRE

LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Par M. le Dr G. DE BOUILLY,

suite et fin (1).

III

Nous aborderons maintenant les opérations complexes et combinées dans lesquelles ce traitement ne vise plus seulement le *soutien inferieur* de l'utérus, mais s'adresse isolément ou en association avec d'autres interventions aux moyens de fixité supérieure de l'utérus ou à cet utérus lui-même pour le modifier dans sa forme, dans son poids, ou pour le supprimer d'une façon radicale.

Nous étudierons successivement les divers modes d'hystéropexie appliqués à la cure des prolapsus; les opérations partielles portant sur la portion inférieure de l'utérus ; l'hystérectomie.

A. *Fixation de l'utérus et de la vessie.* — Peu de chirurgiens ont eu l'idée de suspendre l'utérus à l'aide des *seuls ligaments ronds*. L'opération d'Alexander, justifiée contre les rétrodéviations mobiles, non compliquées de prolapsus vaginal et de déchirure périnéale, insuffisante quand ces dernières conditions existent, se trouve tout naturellement frappée de stérilité quand elle a la prétention de soutenir un utérus auquel fait défaut tout l'appareil de soutien inférieur, comme dans le prolapsus génital. Cependant Polk aurait obtenu 15 succès par le *seul* raccourcissement des ligaments ronds; Cittadini écrit « que le raccourcissement des ligaments ronds revendique sa place lorsque l'utérus n'est ni totalement descendu, ni hypertrophié dans sa portion sus-vaginale ». Cependant cet auteur admet plutôt les opérations en série. En effet, la suspension de l'utérus par les ligaments ronds, dans le prolapsus génital, ne peut être considérée que comme une manœuvre complémentaire consécutive aux opérations plastiques pratiquées sur le vagin; et de fait, quand l'utérus est abaissé, peu volumineux, rétroversé, l'opération est justifiée et peut être utile, après l'exécution de la colpopérinéorraphie. Cette conduite a été préconisée dans une série d'articles par Doléris, qui recommande l'exécution immédiate en une seule séance des diverses manœuvres répondant à chacune des indications.

La *colpopexie indirecte* (Picqué, *in* th. de Lacaze, Paris, 1890-91), dans laquelle, à l'aide d'une laparotomie latérale, trois fils sont passés dans la corne utérine et fixés aux piliers inguinaux, rentre dans la même catégorie d'intervention et comporte la même appréciation.

En résumé, le raccourcissement des ligaments ronds appliqué à la cure du prolapsus utérin nous paraît devoir être considéré comme une opération complémentaire des interventions plastiques pratiquées sur le vagin et le périnée et particulièrement recommandable quand l'abaissement coïncide avec une rétrodéviation de l'utérus.

On doit, à mon avis, porter le même jugement sur l'*hystéropexie*. Appliquée seule, elle nous paraît avoir trahi les espérances qu'elle avait données. M. Dumoret, dans sa thèse (1888-89), écrivait : « Le traitement chirurgical (appliqué à la cure du prolapsus) est le seul efficace parmi les différents modes et l'hystéropexie est la méthode de choix; c'est une opération sérieuse, mais non grave; elle peut être considérée comme synonyme de *cure radicale du prolapsus* ».

Mais il ajoutait : « Ces conclusions, il va sans dire, sont certainement provisoires; elles ont besoin, pour être infirmées ou confirmées, d'observations plus anciennes, plus nombreuses ».

Les résultats se sont chargés de venir confirmer ces dernières prévisions. On a vu le prolapsus vaginal se reproduire et n'être nullement influencé par la suspension utérine ; on a observé un nouvel abaissement de l'utérus, entraînant à sa suite la paroi abdominale antérieure déprimée en godet.

Laroyenne combine l'hystéropexie abdominale antérieure avec les opérations autoplastiques indiquées par chaque cas.

A côté de ces opérations, portant soit sur l'utérus seul, soit sur l'utérus et le vagin, on peut signaler des tentatives plus complexes dans lesquelles on s'est proposé d'agir en même temps sur la vessie prolabée. Sous le nom de *colpocystorraphie*, Byford a pratiqué la série d'opérations suivante : 1° la suture à la paroi postérieure du canal inguinal de chaque côté de la tunique fibreuse du vagin, des deux côtés de l'urètre; 2° le raccourcissement des

(1) Voir le numéro précédent.

ligaments ronds; 3° l'élytrorraphie postérieure de Martin et la périnéorraphie. Il aurait obtenu une amélioration et un succès complet chez une femme de cinquante-sept ans; le danger de l'opération serait la blessure de l'urètre.

Kiriac recommande d'associer la cystopexie à la fixation de l'utérus. Son opération, à laquelle il donne le nom d'*hystérocysto-ventropexie*, consiste : 1° à fixer la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale; 2° à fixer la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus, en mettant en contact les deux surfaces séreuse, vésicale et utérine; 3° à fixer l'utérus à la paroi abdominale. Dans le seul résultat publié et paraissant favorable, l'opération ne datait à peine que de quatre mois.

Pour la fixation de la vessie, en particulier, je ferai remarquer que la fixation de sa paroi antérieure n'agit en rien sur la partie vésicale qui constitue la cystocèle. La vessie présente, en pareil cas, une véritable portion inférieure, horizontale, ayant glissé par en bas avec le vagin, sur laquelle la suture antérieure ne peut avoir d'action.

C'est encore dans le but de fixer l'utérus, que Frommel a cherché, sans succès, à faire le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la laparotomie, et que Sänger a proposé la *rétrofixation* du col par le cul-de-sac postérieur (1891). Son procédé (*Centralb. f. Gyn.*, 1896, n° 9) consiste à placer des sutures à travers le col utérin, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac vaginal postérieur, et à oblitérer la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas. On lui a reproché, avec raison, le danger que présente la traversée des fils dans une région où le cul-de-sac de Douglas peut contenir de l'intestin, et où le rectum peut être intéressé. Dans ces derniers temps, Fehling a essayé d'appliquer à la cure du prolapsus vaginal, l'hystéropexie vaginale par le procédé Duhrssen-Mackenrodt.

B. *Amputation partielle de l'utérus et opérations plastiques.* — L'augmentation de longueur de l'utérus, par élongation sus-vaginale du col, de beaucoup la plus fréquente, constitue, dans la cure des prolapsus génitaux, une indication opératoire de premier ordre; en outre, l'hypertrophie ordinaire des lèvres anciennement déchirées, à muqueuse éversée et souvent ulcérée, atteintes de dégénérescence scléro-kystique, chroniquement enflammées, entraîne par elle-même la nécessité d'une intervention directe.

La combinaison d'une amputation partielle élevée du col avec les opérations plastiques vaginales représente la meilleure exécution des indications opératoires fournies par le prolapsus vagino-utérin avancé. C'est la pratique à laquelle nous nous sommes presque uniquement toujours arrêtés, dans les cas en apparence les plus mauvais, et nos résultats sont égaux, sinon supérieurs, à tous ceux qu'on obtient par les procédés plus compliqués et infiniment plus graves de l'hystéropexie ou de l'hystérectomie.

Après amputation circulaire de la muqueuse vaginale cervicale, isolement du col aussi loin que possible à la face antérieure et à la face postérieure, celui-ci est divisé sur les côtés, au niveau des commissures, à droite et à gauche; les valves antérieure et postérieure sont incisées obliquement, et la muqueuse vaginale est suturée au catgut avec la muqueuse cervicale par le procédé d'Hegar.

De cette manière, 4 ou 5 centimètres du col peuvent être facilement retranchés, et si l'on se rappelle que les utérus prolabés et élongés ne présentent guère plus en moyenne de 11 à 13 centimètres de longueur, on voit que, par cette amputation, l'utérus est ramené presque à sa longueur normale et n'excède plus guère 7 ou 8 centimètres.

En outre, l'ablation des portions hypertrophiées entraîne dans le reste de l'organe un véritable travail de slérose et d'atrophie, à la suite duquel il se produit encore une diminution de volume et de poids.

Il est nécessaire de signaler, dans cette opération, la nécessité de la ligature soignée au catgut fin de trois ou quatre petites artères de chaque côté, à la base du ligament large, et la possibilité de l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur. L'asepsie préalable du vagin et la fermeture immédiate de la brèche péritonéale rendent cet incident absolument inoffensif.

Le dernier temps consiste dans l'exécution d'une large colpopérinéorraphie, et le plus souvent auparavant d'une colporraphie antérieure.

Il est remarquable de constater, après un temps éloigné, la fixité donnée à l'utérus à la suite de cette amputation élevée du col; il se fait tout autour, dans le tissu cellulaire péri-utérin, un travail de rétraction à la suite duquel la portion sus-vaginale de l'utérus se trouve immobilisée et fixée. Si le résultat opératoire éloigné est défectueux, la récidive est exclusivement formée par le prolapsus *vaginal*; l'utérus reste en place, et à la longue même il paraît s'atrophier.

Westermarck ajoute à l'amputation du col deux colporraphies latérales partant du haut du vagin, circonscrivant 2 centimètres de tissu en haut, finissant à angle aigu en bas. Il termine par la périnéorraphie de L. Tait. L'auteur a opéré 22 cas par ce procédé et aurait obtenu de bons résultats dans tous les cas, constatés même après des années. Chez une malade, il n'a pratiqué que la colporraphie latérale, bien qu'il y ait eu cystocèle et rupture du périnée, et il aurait obtenu un succès.

A l'amputation élevée du col, précédée de la ligature de la base des ligaments larges, Folet (de Lille) ajoute la dissection des 2/3 supérieurs des parois vaginales non suivie de réunion et abandonnées à la cicatrisation par seconde intention, et termine par une colpopérinéorraphie d'après le procédé de Doléris.

M. Chaput conseille de se contenter de l'extirpation supra-vaginale élevée du col utérin, avec résection large du vagin et colporraphie antérieure et postérieure. Il considère cette opération comme plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

C. L'*hystérectomie* pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années; Richelot (25 juillet 1886), Terrillon (1889), Goullioud (1891), Pozzi (1891-92), Quénu (1892), Segond, Lejars (1893) sont les premiers opérateurs qui aient fait cette variété d'hystérectomie.

Il est résulté de toutes les discussions, qu'en dehors de lésion avérée, de l'utérus ou des annexes, l'hystérectomie ne devait être proposée que chez la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception soit peu vraisemblable. C'est du reste une condition facile à remplir, la plupart des prolapsus avancés se rencontrant chez des femmes ayant cessé d'être réglées.

Un fait a aussi été acquis dès le début, à savoir, que *seule*, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin, l'hystérectomie n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile; on la voit suivie à courte échéance du prolapsus vaginal, auquel elle n'a en rien remédié et sur lequel elle ne peut avoir aucune action. Il a donc été admis qu'il était absolument nécessaire de faire suivre l'hystérectomie des opérations plastiques vaginales.

Même, et en allant plus loin, Pozzi écrit dans ses conclusions : « L'hystérectomie vaginale peut devenir nécessaire pour permettre la reconstitution du périnée dans le prolapsus génital complet. Pour être efficace, elle devra être accompagnée de la résection d'un large segment du vagin et suivie de la restauration du périnée ». Nous savons, en effet, que seule l'hystérectomie peut permettre dans quelques cas une résection suffisante du vagin pour obtenir un résultat thérapeutique utile et durable.

Les indications de l'hystérectomie ont été très nettement posées par les divers opérateurs. Pour Quénu, c'est une bonne opération « contre le prolapsus total, chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, *spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer* utilement l'appareil de soutènement ». Pozzi pense qu'il ne peut s'agir d'hystérectomie que si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles *ont perdu droit de domicile*, « lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé ou hypertrophié, de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment : l'hystérectomie vaginale doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpohystérectomie*.

De même, à la clinique de Léopold (de Dresde), l'hystérectomie est pratiquée :

1° Quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué;

2° Dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou au contraire dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent;

3° Dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale;

4° Dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes;

5° Quand il y a une complication de fibromes, de cancer, etc.

J'ajoute aussi comme indication le cas où l'utérus, petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Il faut admettre alors une telle distension des ligaments utérins qu'on ne peut rien espérer de leur action ultérieure; en outre, l'hystérectomie permet une large résection vaginale qui ne serait pas possible sans l'ablation préalable de l'utérus.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause (Pozzi).

Les difficultés et la gravité opératoires sont en effet assez considérables : la dissection de la vessie peut être pénible; les hémorragies peuvent être abondantes et dangereuses; sur 55 cas, Hartmann et du Bouchet relèvent 5 cas de mort; 2 par péritonite, 1 par pyélo-néphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque. Le nombre aujourd'hui des décès est certainement plus considérable.

La technique opératoire diffère en plusieurs points de la technique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux autres lésions de l'utérus ou aux affections des annexes : 1° La nécessité d'obtenir une réunion

immédiate pour les parois vaginales supprime la possibilité de l'emploi des pinces à demeure et exige celui des ligatures; 2° on a cherché à obtenir, entre la partie supérieure du vagin et les parties sus-jacentes, des adhérences solides capables de former un dôme résistant, ou à créer, à l'aide des ligaments, une large sangle sur laquelle viendrait se perdre la pression abdominale; 3° on a combiné dans un même temps l'hystérectomie avec de larges résections de segments du vagin.

Martin (de Berlin) ferme le péritoine et suture les ligaments larges, de manière que leur surface cruentée fasse saillie dans le vagin; Czempin conseille aussi de pendre le vagin aux moignons des ligaments larges coupés le plus loin possible de l'utérus.

Beverley Mac Monagle (de San Francisco) suture les ligaments larges l'un à l'autre, afin de fermer le péritoine et de fournir à la partie supérieure du vagin un point d'attache aussi solide que possible. M. Quénu a préconisé la même pratique.

Pozzi ne croit pas nécessaire de pratiquer une fixation ou une suspension du fond du vagin en le suturant aux ligaments larges réunis: « Le processus normal de la cicatrisation après l'hystérectomie amène la formation d'une cicatrice ombiliquée ou se trouvent soudés les moignons des ligaments larges, le péritoine et le vagin, sans le secours d'aucun artifice opératoire ».

La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale.

Tout récemment, M. Jacobs (de Bruxelles), découragé par les mauvais résultats fournis par les opérations plastiques et l'hystérectomie vaginale, suivie de la colpostricture, a imaginé une nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total, à laquelle il donne le nom de *trachélopexie ligamentaire*. Cette opération comprend : 1° une cœliotomie; 2° l'ablation de l'utérus; 3° la trachélopexie proprement dite.

L'importance de cette opération, sa gravité possible entre des mains moins habiles que celles de son auteur, l'incertitude actuelle des résultats éloignés, nous obligent encore aujourd'hui à une grande réserve dans l'appréciation de cette nouvelle opération. C'est, croyons-nous, la dernière en date pour la cure des prolapsus génitaux, et c'est par elle que nous terminerons cette énumération longue et néanmoins forcément incomplète.

Il serait intéressant de pouvoir fournir une statistique des résultats fournis par les diverses méthodes et procédés opératoires. Malheureusement, il est impossible d'établir cette statistique d'une façon rigoureuse; les cas sont trop différents les uns des autres pour que les chiffres puissent être considérés comme ayant une grande valeur. Il est trompeur de faire entrer dans le même compte les résultats fournis par les opérations dirigées contre le prolapsus complet et celles qui ne s'adressent qu'aux prolapsus au premier ou au deuxième degré; et cependant, dans les statistiques, il n'est pas fait mention de ces distinctions.

Je donnerai pourtant quelques chiffres qui peuvent donner une idée générale des résultats obtenus.

1° *Opérations plastiques.* Martin accuse d'excellents résultats obtenus soit par son procédé, soit par le procédé d'Hégar, dans les 85 % des cas. Lanpied, sur 60 cas opérés soit par le procédé d'Hégar, soit par les opérations de colporraphie antérieure, de l'excision conique du col et de la colpopérinéorraphie, exécutées dans une même séance, rapporte 47 guérisons et 13 récidives survenues après un temps plus ou moins long.

Dans une statistique importante d'opérations plastiques sur le vagin pratiquées à la clinique de Dresde, Munchmeyer, sur 180 femmes représentant 182 opérations, a pu observer les résultats éloignés sur 73 sujets et avoir des nouvelles de 66 autres. Sur 14 opérations portant sur la paroi vaginale antérieure seule, il compte 10 succès; sur 55 portant sur la paroi postérieure seule, 46 guérisons; dans les opérations ayant porté à la fois sur les parois antérieure et postérieure, sur 50 cas opérés en *un seul* temps, il compte 40 guérisons; sur 20 cas opérés en deux temps, 17 guérisons. Les malades sont tenues au lit le plus longtemps possible, vingt-quatre jours en moyenne pour la colporraphie antérieure, vingt-cinq jours pour la postérieure; quarante-huit jours, quand l'opération est faite en deux temps.

Niebergall, étudiant les opérations pratiquées à la Clinique gynécologique de Bâle pour prolapsus de l'utérus, a rassemblé 50 cas de prolapsus traités par la colporraphie antérieure *double*, 60 cas par la colporraphie antérieure *simple*; dans presque tous les cas, la colporraphie a été précédée d'une amputation du col. De toutes ces opérées, 70 % à peu près, ont été revues. La colporraphie *double* antérieure a donné 29 guérisons sur 34 opérées, soit 85,29 %; la colporraphie antérieure simple n'a donné que 28 guérisons sur 36 opérées, soit 77,77 %; la moyenne des guérisons pour les deux procédés ensemble est donc de 81,5 % pour les cas revus.

La colporraphie postérieure et la périnéorraphie ont toujours été pratiquées dans une deuxième séance, deux semaines après la première opération. Cette manière de procéder permet d'éviter une trop grande tension des tissus réunis et rend possible la formation d'une meilleure cicatrice. On a remarqué que la paroi antérieure du vagin résistait beaucoup mieux après l'opération de Fehling qu'après la col-

porraphie simple. De plus, l'opération en deux temps parait donner d'excellents résultats.

J'ai, moi-même, jusqu'au 1er janvier 1896, exécuté :

231 opérations plastiques sur le vagin et le périnée;

22 périnéorraphies pour déchirure complète du périnée;

20 colpopérinéorraphies avec amputation élevée du col;

58 colporraphies antérieures et colpopérinéorraphies dans la même séance;

131 colpopérinéorraphies.

Sans pouvoir donner les chiffres exacts des résultats, un grand nombre de malades ne pouvant être suivies et, les suites éloignées nous faisant souvent défaut, je puis, d'après ce nombre d'opérations personnelles, fournir quelques considérations thérapeutiques intéressantes.

Les meilleurs résultats sont fournis par la réparation des déchirures *complètes* du périnée, alors même qu'elles s'accompagnent de rectocèle et de cystocèle accentuées. L'apparente contradiction de ces faits trouve son explication dans ces circonstances que : 1° les femmes atteintes de déchirure complète et tourmentées par les graves inconvénients qui en résultent se font, en général, opérer avant que le prolapsus vaginal et utérin ait eu le temps de se produire ou de se prononcer; 2° que beaucoup de femmes à déchirures complètes ont des tissus solides et résistants qui permettent aux organes de rester en place, malgré la brèche périnéale.

Il y a moins de tendance au prolapsus chez une femme solide dont le périnée a été complètement déchiré par une tête trop volumineuse ou une application malheureuse de forceps, que chez une femme à tissus flasques, dont les parois vaginales se sont laissé distendre outre mesure, ont subi une mauvaise involution et ne sont pas revenues sur elles-mêmes. Comme je l'ai déjà dit, il y a dans ces cas une véritable *dystrophie* des tissus, et, malgré la similitude des lésions, le prolapsus ne se produira pas fatalement chez toutes les femmes, et comme je le dis quelquefois sous une forme un peu humoristique, « n'a pas de prolapsus qui veut ».

Les meilleurs résultats sont ensuite fournis par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col, bien qu'il s'agisse, dans ces cas, de prolapsus très avancés ou complets. La cicatrice qui succède à l'ablation de 4 à 5 centimètres du col et la rétraction qui se produit dans le tissu péri-utérin maintient l'utérus d'une façon très solide et, dans ces cas, s'il y a une tendance à la récidive, je ne l'ai jamais vue se produire pour l'utérus; c'est la paroi vaginale antérieure ou postérieure qui se prolabe de nouveau plus ou moins, sans pouvoir arriver à faire redescendre l'utérus. Ce sont ces cas de prolapsus avancé traités par les opérations combinées sur l'utérus et le vagin qui donnent la moyenne la plus élevée de résultats définitifs.

Pour la colporraphie antérieure et postérieure et les colpopérinéorraphies, les succès éloignés, suffisants au point de vue fonctionnel, peuvent être estimés à 90 %. Il est nécessaire de remarquer que les malades sont tout à fait soulagées et peuvent se livrer à leurs occupations, après une bonne restauration des parois vaginales, alors même que l'utérus reste encore légèrement abaissé. J'ai déjà signalé le même fait pour la rétrodéviation utérine; dans quelques cas, tous les troubles disparaissent après une bonne colpopérinéorraphie, alors même que l'utérus conserve sa mauvaise attitude.

Au point de vue de la forme extérieure, c'est-à-dire de la reconstitution de la hauteur totale du périnée, de la fourchette, de l'absence complète d'une légère saillie de la paroi antérieure au moment de l'effort, on peut évaluer les résultats définitifs à 75 à 80 %. Mais il est important de faire remarquer que malgré ces imperfections de la forme, le résultat utile est atteint lorsque les parois vaginales sont en contact derrière le périnée. Ces imperfections tiennent soit à un mauvais détail de technique, au défaut de hauteur dans l'avivement latéral, soit à une mauvaise réunion de la suture, soit à sa désunion dans les quelques jours qui succèdent à l'ablation des fils.

2° *Hystéropexie; vagino-fixation.* — Raühût (*Dissert. inaugur.* Halle, 1895), sur 55 hystéropexies pratiquées par différents opérateurs contre des prolapsus utéro-vaginaux, relève 3 morts, c'est-à-dire 5,4 %. Sur 50 cas revus, on a observé :

Récidives	19 %
Améliorations	15 %
Guérisons	60 %

En cas de récidive, c'est la paroi vaginale antérieure qui descend à nouveau, alors même que l'utérus reste élevé et fixé.

Il n'est guère possible de juger encore des résultats fournis par la *vagino-fixation* de Duhrssen-Mackenrodt, appliquée au traitement du prolapsus.

3° *Hystérectomie.* — Dans ce même travail, Raühût a rassemblé 137 cas d'extirpation totale de l'utérus contre le prolapsus, avec 14 morts, soit 10 % de mortalité, et les résultats suivants :

Récidives	8,8 % des cas.
Amélioration notable	15,8 %
Guérison complète	77,4 %

Montpellier. — M. Descamps, pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur, chargé de la direction des travaux pratiques de chimie.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Suite (1).

Sur le traitement des prolapsus génitaux.

M. L.-G. RICHELOT. — L'origine du prolapsus doit être cherchée avant tout dans l'état diathésique. Les distensions produites par la grossesse et l'accouchement, les lésions mécaniques ne sont rien sans un trouble de nutrition particulier. Des jeunes filles vierges, n'ayant subi ni distension ni déchirures, peuvent avoir leur utérus entre les jambes. J'ai opéré des malades de seize, dix-sept, dix-huit ans et dix-neuf ans; les prolapsus entre vingt-trois et trente ans sont assez nombreux dans ma statistique, et souvent, sans aucun surmenage de la région périnéo-vaginale. Ces femmes sont des arthritiques; c'est à l'arthritisme qu'appartient ce relâchement des tissus fibreux, c'est lui qui leur donne, non seulement la descente de l'utérus, mais les « ptoses » diverses, les hernies, l'abaissement du rein, les troubles de l'estomac, la neurasthénie.

Quant au mécanisme du prolapsus, il importe de savoir que c'est le vagin qui descend et non l'utérus qui pousse; c'est la paroi vaginale qui, manquant de soutien, fait saillie à la vulve et se déroule de bas en haut. L'utérus vient à la suite, parce qu'il est faiblement suspendu; mais son poids ne joue aucun rôle, car après l'hystérectomie le vagin se retourne encore.

Pratiquement, les prolapsus génitaux se divisent en deux classes : 1° prolapsus des parois (cystocèle, rectocèle), l'utérus restant caché; 2° prolapsus utéro-vaginal, l'utérus faisant saillie ou même entièrement sorti avec un vagin retourné en doigt de gant. L'allongement hypertrophique du col est très ordinaire.

Je m'attacherai à poser nettement les principes du traitement chirurgical, à montrer toute la valeur de l'*acte fondamental* qui répond à ces principes, à mettre à leur place et à bien définir les *actes complémentaires* qui lui viennent réellement en aide et méritent d'être conservés.

Les principes se résument en peu de mots : pour empêcher le déroulement des parois, il faut enlever l'étoffe exubérante, rétrécir le conduit et refaire le corps périnéal. Toute méthode qui n'est pas fondée sur le rétrécissement vaginal, tout procédé qui laisse le tissu en excès et le périnée démoli, donnent des résultats précaires.

Voilà pourquoi le cloisonnement de Le Fort, qui nous a paru séduisant, ne mérite pas beaucoup de confiance. Voilà pourquoi les fixations diverses du vagin ou de l'utérus n'ont pas de valeur quand on les emploie seules. Chez ces femmes relâchées, les adhérences utérines, les liens fibreux s'allongent et l'abaissement se reproduit. L'hystéropexie est un remède contre la déviation, mais non contre la procidence.

J'en dis autant de l'hystérectomie vaginale. On a pu croire un moment que le prolapsus utérin serait guéri par la suppression de l'utérus; mais il n'en est rien, les parois vaginales retombent. Avant la discussion de la Société de Chirurgie (décembre 1893), j'avais pratiqué six fois l'hystérectomie et quatre fois des lésions positives, grande hypertrophie utérine, fibromes hémorragiques, altérations bilatérales des annexes, avaient légitimé l'extirpation. Or, j'ai perdu de vue deux malades et constaté quatre récidives. J'avais donc raison de ne pas partager la confiance de Quénu, quand il soutenait que la procidence utérine est justifiable de l'hystérectomie, sans le secours de l'anaplastie vaginale. La fixation du vagin aux ligaments larges, qu'il proposait comme adjuvant, est un secours illusoire.

Il faut, pour réussir, attaquer franchement la lésion et reconstituer dans sa forme primitive, autant que faire se peut, la région périnéo-vaginale. Le moyen, c'est d'enlever du tissu et de rétrécir, et l'opération qui atteint ce but, c'est la colporraphie.

Le temps est passé des tâtonnements bizarres, des avivements en long ou en travers, des combinaisons de lambeaux. Le seul procédé est celui d'Hégar; il vaut par sa simplicité autant que par ses résultats. Peu importe les modifications de détail dans l'avivement ou la confection des sutures; ce qui importe, c'est que la quantité de paroi vaginale réséquée soit suffisante, c'est-à-dire qu'elle paraisse, au premier abord, excessive; c'est aussi que l'aiguille charge tous les tissus à droite, à gauche et au devant du rectum, pour en faire une masse épaisse, un corps périnéal nouveau. La colporraphie doit être une large résection du vagin, qui enlève tout le tissu en excès, rétrécisse fortement le conduit et restaure le plancher périnéal. Toute méthode qui n'est pas fondée sur l'anaplastie vaginale ainsi comprise est frappée de stérilité.

La colporraphie m'a donné couramment des guérisons durables, dans des cas même très difficiles, et environ 13 % de récidives. Je me hâte d'ajouter que la récidive est un échec temporaire, qu'en revenant à la charge on obtient un résultat définitif, et que les cas incurables sont devenus tout à fait rares.

(1) Voir les nos 44 et 45 de l'*Union médicale*.

Nous connaissons maintenant « l'acte fondamental » ; ce n'est pas une raison pour négliger les « actes complémentaires », qui peuvent être une condition de la réussite. Je veux parler surtout de l'amputation sus-vaginale, appliquée à l'hypertrophie souvent énorme du segment inférieur. Comme cette augmentation de volume est un élément très ordinaire de la maladie, l'amputation élevée du col est un côté essentiel de la réparation. Si bien que dans presque tous les cas de prolapsus avancés, difficiles, cette intervention sur l'utérus anormal, combinée avec l'anaplastie vaginale bien exécutée, représente l'opération de choix et donne des résultats de premier ordre.

A côté de l'amputation du col, les fixations diverses du vagin ou de l'utérus, employées à titre auxiliaire, peuvent être bonnes, mais n'ont plus qu'un intérêt secondaire.

Et l'hystérectomie, a-t-elle sa place au nombre des moyens auxiliaires ? Assurément, mais il faut bien s'entendre. La question doit être ainsi posée : vaut-il mieux, pour aider au succès de la colporraphie, enlever l'organe tout entier que d'enlever son segment inférieur ? Je n'hésite pas à répondre que, dans la grande majorité des cas, l'amputation partielle arrive exactement au même but. Toutefois, si l'hypertrophie utérine est énorme et le relâchement des tissus excessif, elle peut faciliter la réduction et l'anaplastie. Je veux même que, dans les cas douteux, un opérateur exercé à l'hystérectomie la trouve aussi bénigne et aussi expéditive qu'une amputation élevée du col avec ligature attentive des artères qui saignent à la base du ligament large et suture circulaire de la plaie vaginale au moignon. Enfin, elle est formellement indiquée si l'utérus est fibromateux, cancéreux ou flanqué de lésions annexielles ; mais alors il s'agit de complications fortuites créant des indications nouvelles : on enlève l'utérus parce qu'il est malade et non pour guérir la procidence. Dans tous les cas, l'anaplastie reste la base du traitement et l'hystérectomie n'est qu'une opération préliminaire; aussi doit-on laisser de côté les pinces à demeure afin d'avoir le champ libre, et la faire suivre d'une colporraphie immédiate.

M. Folet (de Lille) insiste sur un point particulier de la pathogénie des prolapsus génitaux. Il s'agit de l'action de soutien du plancher pelvien par le faisceau antérieur du releveur de l'anus.

Dans l'opération complexe que préconise M. Folet et dont une description sommaire a été donnée dans le rapport de M. Bouilly, l'un des temps, l'avivement vaginal abandonné à la cicatrisation secondaire, a pour but de rendre au faisceau musculaire sus-indiqué une insertion ramassée et solide sur un anneau cicatriciel dense. « Que l'on suppose, dit M. Folet, un cylindre en accordéon, une lanterne vénitienne, si l'on veut, à la surface externe de laquelle s'attacheraient des fils multiples. Aplatissez la lanterne vénitienne ; et les fils disséminés, se ramassant en un plan unique, constitueront un plan de soutien beaucoup plus solide. Ainsi l'anneau cicatriciel, substitué aux parois vaginales flottantes et avachies, ramassera en un seul plan les fibres éparses du faisceau vaginal du releveur et leur permettra de retrouver leur action physiologique normale, en même temps que la diminution de l'utérus partiellement amputé et rétracté, comme aussi la restauration du périnée, les soulageront d'une partie du poids qu'elles ont à supporter ».

M. Schwartz. — Je laisserai de côté les méthodes de douceur :

La grande majorité des prolapsus génitaux, lorsqu'ils ne sont pas compliqués, sont justiciables, même dans leurs formes avancées, des opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin.

La colpopérinéorraphie postérieure d'après le procédé d'Hegar, plus ou moins modifié suivant les circonstances, nous a le plus souvent donné d'excellents résultats immédiats et permanents.

Lorsque la cystocèle est notable, nous faisons avant la colpopérinéorraphie postérieure une élytrorraphie en taillant dans la paroi antérieure un large lambeau ovalaire à diamètre antéropostérieur; des fils de catgut n° 3, avec deux ou trois fils de soie pour empêcher la désunion par résorption trop rapide, réuniront les deux lèvres de la plaie et passeront en même temps dans le plan profond, de façon à éviter la formation de toute cavité pouvant retenir des liquides et favoriser le bâillement de la suture.

Pour peu que le col soit atteint de métrite cervicale hypertrophique, qu'il y ait de l'endométrite, avec ou sans ectropion, ce qui est très fréquent, on fera précéder les deux interventions que nous venons d'indiquer du curettage, puis de l'amputation soit biconique de Simon, soit à lambeau de Schrœder, soit encore de l'évidement conoïde d'Huguier.

Les opérations que nous avons pratiquées de la sorte sont au nombre de 70. Dans une vingtaine de cas, la colpopérinéorraphie nous a paru suffire : il s'agissait de prolapsus légers avec peu de cystocèle, peu ou pas de colpocèle postérieure. Dans les autres cas, nous avons combiné les interventions curettage, amputation du col, puis élytro ou colpopérinéorraphie.

Les règles essentielles à notre avis pour réussir, sont : 1° de paraître toujours faire trop pour arriver à faire assez ; 2° de se rendre un compte exact des

lésions complexes du prolapsus pour s'attaquer à tout ce qui est abordable et attaquable. Le résultat opératoire peut être atteint à moins de conditions exceptionnelles dans une seule séance, mais l'on aura soin, si l'on veut obtenir un résultat définitif, de ne pas permettre aux opérées de se lever trop tôt et de se livrer trop vite à leurs occupations; un séjour de trois semaines au lit nous a paru absolument nécessaire pour permettre aux tissus de se reconstituer suffisamment au point de vue de la résistance.

Nous pouvons affirmer que les résultats sont bons sinon parfaits dans la grande majorité des cas. La cystocèle est certainement la plus rebelle; derrière un périnée large et résistant on voit ou on sent assez souvent la paroi antérieure bomber sous l'influence de l'effort, de la toux, mais le col reste élevé, et, en somme, les inconvénients du prolapsus n'existent plus. Lorsque nous avons obtenu une récidive, presque toujours nous avons laissé passer inaperçu un des facteurs du déplacement; tel est le cas d'une de nos opérées chez laquelle la rechute se produisit six mois après une large colpopérinéorraphie avec élytrorraphie; nous reconnûmes qu'il se développait dans l'utérus un fibrome qui ne s'était pas manifesté alors.

C'est dire que les prolapsus compliqués ne se présentent pas dans les mêmes conditions que les prolapsus simples. Nous désignerons ainsi ceux où l'utérus en totalité est hypertrophié ou porte un fibrome ou une tumeur d'une autre nature; ceux où l'utérus est rétroversé, rétrofléchi et prolabé, en même temps; ceux encore où l'organe tout entier est hors de la vulve et où il existe en même temps des signes de ptose abdominale plus ou moins accentués. Nous avons eu à intervenir pour neuf prolapsus de cette nature.

Dans ces cas de prolapsus compliqués, les opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin ne suffisent plus. Lorsque les prolapsus paraissent en rapport immédiat avec la présence d'une tumeur, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faudra s'adresser, et elle seule, indiquée bien plutôt par l'existence de la tumeur que par le prolapsus qui est secondaire, amènera presque toujours un bon résultat.

Lorsque le prolapsus accompagne une rétrodéviation et que rien en dehors de ces deux lésions n'indique la castration utérine, lorsque l'utérus est peu volumineux, que les annexes sont intactes, il nous paraît que l'hystéropexie abdominale dans les cas avancés, l'opération d'Alexander dans les cas moins sérieux, combinées à une intervention sur le périnée et le vagin, réunissent les meilleurs conditions de succès.

Quand on a affaire à des prolapsus très avancés, avec utérus peu ou pas volumineux, l'hystéropexie abdominale seule nous paraît une opération absolument insuffisante; cela sera d'autant plus vrai que très souvent la paroi abdominale flasque n'offrira aucune résistance à la traction exercée par l'organe qui y est suspendu. L'hystérectomie vaginale totale est une ressource à employer dans ces cas, lorsque les femmes ont atteint la ménopause; mais il nous semble qu'elle ne doit être que l'opération préliminaire à une large colpopérinéorraphie ou à des élytrorraphies destinées à empêcher la chute consécutive du vagin.

Enfin, il est des cas, surtout lorsqu'ils se présentent chez des femmes à tissus relâchés, dont la vitalité est vite amoindrie, où toutes les interventions sont frappées d'échec, du moins au point de vue du maintien complet du prolapsus. La récidive est certaine à une échéance plus ou moins reculée qui dépend en grande partie de l'état social de l'opérée exigeant un plus ou moins grand développement d'effort. Les pessaires spéciaux, les ceintures à support, nous paraissent alors les seules ressources à mettre en usage.

M. P. Reynier. — J'ai défendu cette idée que, chez les femmes âgées, le prolapsus génital, comme toutes les ptoses, dépend d'une sénilité du système nerveux, d'une perte de la tonicité musculaire du muscle releveur, le sphincter vagino-abdominal, qui ferme l'abdomen et soutient l'utérus.

Chez les femmes jeunes, ce n'est plus la sénilité du système nerveux qu'il faut accuser, c'est une débilité spéciale de celui-ci, un trouble qu'amènent le surmenage et la grossesse. Rien ne montre mieux cette influence du système nerveux que l'étude du prolapsus utérin chez les vierges.

Ce prolapsus est encore peu connu et, à mon avis, les auteurs qui s'en sont occupés n'ont pas su distinguer la cause prédisposante de cette affection, résidant dans le système nerveux.

Dans trois cas personnels, j'ai vu manifestement cette pathogénie mise hors de doute.

Le premier cas concernait une fille qui fut amenée à l'hôpital dans un état de coma typhique, avec prolapsus utérin à travers l'hymen intact. Je réduisis le prolapsus; le coma persista, la malade mourut deux jours plus tard, et l'on trouva à l'autopsie les lésions classiques de la dothiénentérie.

Dans un deuxième cas, il s'agissait encore d'une fièvre typhoïde grave, avec état comateux. La malade guérit, mais, pendant cette fièvre typhoïde, il se produisit un prolapsus utérin à travers l'hymen intact. Ce prolapsus fut traité par les immersions répétées du siège dans l'eau froide, et la malade guérit.

Enfin, le troisième fait a trait à une jeune fille de dix-sept ans, qui, à la suite d'une marche prolongée, en portant un sac de pierres, vit survenir un prolapsus utérin.

Dans ces trois cas, le trouble du système nerveux paraît indéniable : dans les deux premiers, il est survenu par le fait de l'infection ; dans le troisième, par suite d'une dépense exagérée de force nerveuse.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg) donne les conclusions suivantes :

I. — Avant la ménopause, l'hystérectomie vaginale ne devra être pratiquée, dans les prolapsus génitaux, qu'à titre exceptionnel :

a) Lorsque les opérations plastiques, tentées antérieurement, auront échoué.

b) Lorsque l'ancienneté et le volume du prolapsus feront pressentir un insuccès certain par l'emploi des méthodes d'autoplastie seules.

c) Lorsque la réduction ne pourra être maintenue par suite d'hypertrophie utérine.

d) Lorsque le prolapsus, en quelque sorte étranglé, ne pourra être réduit.

II. — L'hystérectomie vaginale devra toujours être suivie de la colpopérinéorraphie immédiate. Celle-ci devra être très largement faite. Le succès n'est certain qu'à cette condition.

III. — Ces opérations combinées donnent d'excellents résultats, bien supérieurs à ceux des autoplasties simples.

IV. — La mortalité est faible, nulle même en ce qui concerne mes faits personnels : sur 8 cas, j'ai 8 guérisons.

V. — Après la ménopause, l'hystérectomie vaginale, toutes choses égales d'ailleurs, ne présente pas de contre-indication. L'âge avancé des malades même ne saurait plus aujourd'hui nous arrêter. Les faits que je relate dans cette note le prouvent, attendu que j'ai opéré, avec succès, des femmes de soixante ans et plus, et que j'ai même, dans un cas d'une urgence extrême, reculé cette limite à quatre-vingts ans.

M. Boursier (de Bordeaux) lit une statistique très satisfaisante. Dans ses interventions, il place au premier rang les opérations plastiques auxquelles il joint, en cas de besoin, des opérations complémentaires.

Il pense que les récidives sont dues surtout à la mauvaise qualité du terrain.

M. A. Routier. — Un point que je tiens à faire ressortir, c'est que l'utérus joue un rôle secondaire ; c'est la paroi antérieure du vagin qui, presque toujours tombe la première, faisant hernie à la vulve formant une cystocèle plus ou moins volumineuse. La partie postérieure vient ensuite, formant rectocèle ; enfin, vient la chute complète de l'utérus.

Dans les prolapsus les plus complets, avec tumeur même irréductible, l'utérus reste petit ; c'est un point sur lequel j'ai déjà beaucoup insisté quand nous avons discuté cette question à la Société de Chirurgie ; j'ai montré aussi que ces tissus engorgés, qui forment la tumeur, sont particulièrement vasculaires et très riches en gros vaisseaux veineux, d'où gravité spéciale de l'hystérectomie, alors même que l'utérus est en dehors.

Je dois à mon passage chez Le Fort, comme chef de clinique, d'avoir plusieurs fois essayé son procédé de cloisonnement du vagin ; mais, peu satisfait des résultats qu'il m'a donnés, je me suis rejeté sur les divers procédés de colporraphie, de périnéorraphie avec amputation du col utérin, essayant autant que possible d'obéir aux diverses indications fournies par la maladie, empruntant aux divers et multiples procédés ce qui me paraissait le meilleur pour arriver à réaliser cette formule : refaire un périnée épais et résistant, refaire un vagin long et très étroit, diminuer l'utérus de tout ce qui pourrait le rendre plus lourd ou plus long.

J'ai dû, dans certains cas, essayer de toutes les méthodes, depuis le pessaire jusqu'à l'hystérectomie ; mais il me semble que c'est là une méthode d'exception qui aggrave la cure du prolapsus et qui, employée seule, serait toujours insuffisante.

Dans les cas de tumeurs des ovaires, ou de tumeurs abdominales favorisant ou occasionnant un prolapsus, il faut tout d'abord s'adresser à cette tumeur, et son ablation est quelquefois suivie de guérison.

Le pessaire, quoi qu'on en ait dit, suffit bien souvent à guérir le prolapsus, surtout si on a eu soin de reconstituer le périnée par une bonne périnéorraphie.

Quand, pour diverses raisons, je me décide à la cure sanglante, je fais d'habitude une large colporraphie antérieure et postérieure avec ablation en tout ou partie du col, toutes les sutures profondes étant faites au catgut à l'huile de genévrier ; puis je pratique une périnéorraphie au fil d'argent.

Il s'est quelquefois produit des récidives, une seule fois le prolapsus s'est reproduit total ; il y avait eu, il est vrai, un accouchement après mon opération.

Le plus souvent, la récidive ne se fait qu'au niveau de la paroi adhérente, sous forme de cystocèle ; même dans ces cas, les malades se trouvent soulagées et très améliorées.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1896

M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) présente une note sur *l'emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile.* L'analgène est une poudre blanche cristallisée, inodore et insipide, insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans l'eau acidulée. Il a été employé chez l'adulte comme antipyrétique et analgésique par Baulmler, Jolly, Guttmann, etc. M. Moncorvo a donné cette substance dans la fièvre intermittente à la dose de 0gr 25 à 3gr par vingt-quatre heures, sous forme de cachets ou dans un julep. Le médicament s'est montré très efficace; facilement absorbé par la voie gastrique, sans produire jamais d'accident fâcheux, il abaisse rapidement la température. L'analgène peut donc être considéré comme un précieux adjuvant de la quinine. M. Moncorvo a encore prescrit cette substance dans diverses affections d'origine infectieuse ou nerveuse et en a obtenu d'excellents résultats, grâce à ses propriétés antithermiques, analgésiques et antinervines.

— M. Duplay présente ensuite, au nom de M. Crivelli (de Melbourne), une observation de *péri-arthrite coxo-fémorale* (ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur simulant une coxalgie). L'affection avait débuté chez un enfant de dix ans, d'une bonne santé habituelle, à la suite d'une chute violente sur la hanche. M. Crivelli porta le diagnostic de péri-arthrite coxo-fémorale. L'amélioration ne tarda pas à se produire; mais, au moment d'une rechute, des chirurgiens pensèrent qu'il s'agissait de coxalgie. En réalité, il n'en était rien, et l'enfant guérit parfaitement.

Cette observation rentre donc dans les pseudo-coxalgies. Sans parler des coxalgies nerveuses ou hystériques, il existe, en effet, toute une série d'affections péri-articulaires de la hanche, avec intégrité de la jointure, qui donnent lieu à un ensemble de symptômes simulant d'une façon plus ou moins parfaite la coxalgie.

Ces péri-arthrites de la hanche affectent soit les parties molles et plus particulièrement les bourses séreuses de la région, soit le squelette et principalement le grand trochanter.

C'est principalement par l'étude très attentive des divers symptômes objectifs, fournis par l'exploration directe de l'articulation et de l'extrémité supérieure du fémur, que l'on parviendra à reconnaître que la jointure est indemne. Le siège du gonflement et surtout la localisation de la douleur à la pression offrent à ce point de vue une importance capitale.

— M. Hanriot fait enfin une communication sur la saponification des graisses dans l'organisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Quénu donne la seconde partie de l'observation dont nous avons parlé dans la précédente séance. Il s'agit de *l'extirpation du rectum* par un procédé nouveau. Dans un premier temps, il a établi un anus contre nature et libéré l'anse oméga qu'il avait fermée. Dans le second temps, il s'agissait d'extirper le rectum et en même temps une partie de la paroi vaginale envahie par le cancer. C'est cette résection du vagin qui a été la plus laborieuse. Pour le rectum, il a incisé en dépassant le coccyx et a gratté le sacrum, dont la face antérieure était nette de parties molles. Le rectum n'était soutenu que par les vaisseaux mésentériques inférieurs, qui furent sectionnés, et le rectum descendit alors facilement. L'opération a presque été sous-péritonéale, la séreuse se décollant facilement dans cette partie. La brèche était considérable et fut bourrée à la gaze ordinaire. La malade est en voie de guérison.

— C'est sur le *prolapsus du rectum* que M. Bazy prend ensuite la parole. Il s'agit d'une malade ayant un rein mobile et un prolapsus rectal. L'indication la plus importante était de refaire le plancher périnéal. Le prolapsus avait 18 centimètres de longueur, était réductible, et, une fois réduite, la main pouvait pénétrer dans le bassin.

Dans une première opération, M. Bazy fit une rectococcypexie suivant le procédé de Marchant, et refit ensuite le périnée; mais l'anus étant encore trop large, M. Bazy, dans une seconde intervention, aviva le tiers de la circonférence de l'anus et le resserra avec des fils. La femme opérée était enceinte; elle accoucha à six mois, et le sphincter et le plancher périnéal résistèrent.

M. Marchant commence par rappeler la conduite de M. Nélaton, mentionnée dans le dernier compte rendu. Ce chirurgien s'est basé sur le relâchement de l'anse oméga, et si cette pathogénie est vraie, le malade devra bien se trouver de l'opération; mais on n'est pas fixé sur les causes du prolapsus, car les malades opérées par Verneuil et Jeannel ont récidivé; eux aussi fixaient l'S iliaque, ce qui n'empêchait pas le prolapsus de se reproduire.

Par son procédé de rectococcypexie, M. Marchant a pu guérir une malade opérée neuf fois par tous les procédés. Il ne faut pas, du reste, confondre le prolapsus avec l'invagination rectocolique.

Les prolapsus rectaux se présentent sous deux formes. Dans une variété, l'anus est ouvert, il y a dégénérescence des tissus; à l'autopsie on trouve tout relâché et la disparition des fibres musculaires du releveur de l'anus et du sphincter; dans une autre forme, le prolapsus existe chez les gens jeunes, et alors il s'est produit pendant un effort. Ici il y a conservation et même hypertrophie des fibres musculaires, aussi deux formes : le prolapsus de faiblesse et le prolapsus de force. Dans les deux cas, il y a augmentation de l'ampoule rectale, et c'est pour cela qu'il s'attache d'abord à rétrécir cette ampoule rectale; mais il faut de plus, à certains sujets, faire une périnéorraphie.

Le procédé de rectococcypexie a déjà des titres. et M. Marchant cite de nombreux succès. Le prolapsus muqueux peut subsister après l'intervention et il faut le traiter ultérieurement.

— M. Reynier fait ensuite un rapport sur une observation de M. Courtin (de Bordeaux). Il s'agit d'une hernie du cæcum à gauche chez un homme de soixante-deux ans. Cette hernie était irréductible et l'opération fut décidée. Le sac faisait symphyse avec l'intestin, et en voulant le décoller, il perfora deux fois son intestin. Il réséqua alors l'intestin et cette résection portait sur le cæcum. Il pratiqua alors l'implantation latérale de l'intestin grêle après avoir bouché son cæcum.

M. Reynier insiste sur la rareté de la hernie du cæcum à gauche; il y en a cependant d'assez nombreuses observations. Il apprécie la conduite de M. Courtin qui a réséqué l'anse iléo-colique et préfère l'implantation latérale à l'entérorraphie circulaire.

— M. Lejars fait une communication sur *un ostéome du maxillaire inférieur*. Il s'agit d'une Bretonne de quarante-

deux ans, qui, depuis dix ans, avait remarqué une seule grosseur dure qui faisait saillie sous la muqueuse. C'est dans les derniers six mois que l'accroissement fut plus rapide et que la tumeur fit saillie à l'extérieur; elle entra alors à l'hôpital Beaujon. La tumeur avait à ce moment la grosseur d'une châtaigne et était d'une dureté osseuse en tous les points. Il n'existait aucune anomalie dentaire.

M. Lejars enleva le néoplasme par la face externe et l'attaqua aux ciseaux et au maillet. Rien ne se prolongeait en dedans.

L'examen histologique démontra la présence du tissu spongieux.

— M. Barette (de Caen) fait une communication sur une *tumeur de l'encéphale*. Il s'agit d'un jeune garçon ayant subi un traumatisme quinze ans auparavant. Quand M. Barette vit le malade, il existait une tumeur réductible dans la région temporale, accompagnée de contracture, et ayant produit la cécité. L'intervention fut décidée et M. Barette trouva sur un néoplasme du cerveau; le malade ne résista pas à l'intervention. L'examen histologique démontra que la tumeur était un sarcome névroglique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1896

Le malade que présente M. Catrin est un soldat, âgé de vingt-deux ans, qui en perforant une pièce de métal laissa échapper l'instrument perforateur; celui-ci pénétra violemment dans la bouche et vint se fixer dans la joue droite après avoir blessé la voûte palatine. Le malade resta sans connaissance pendant deux heures; à son réveil, il fut pris de vomissements bilieux. Néanmoins, il ne semblait s'être rien produit de sérieux, quand, le lendemain, le malade fut pris brusquement dans la rue d'une hémiplégie droite; ces phénomènes paralytiques s'amendèrent pendant la nuit, mais le lendemain ils reparurent plus intenses et s'accompagnèrent quelques jours plus tard de symptômes plus graves : aphasie, trismus, opisthotonos, céphalée intense, rejet des aliments, dilatation pupillaire droite avec insensibilité à la lumière et à l'accommodation, exagération des réflexes à droite. A cause de la blessure de la voûte palatine, on se demanda s'il n'y avait pas eu perforation du voile et traumatisme de la base ayant déterminé une lésion cérébrale, une hémorragie, par exemple. Mais les symptômes s'amendèrent progressivement. Néanmoins, depuis cette époque, s'est montrée une atrophie en masse des membres supérieurs et inférieurs du côté droit.

Bien que tout stigmate d'hystérie fasse défaut chez ce malade et malgré la présence de quelques troubles particuliers : paralysie faciale, atrophie, exagération des réflexes, troubles pupillaires, tous phénomènes rares ou exceptionnels, parmi les manifestations de l'hystérie, le diagnostic qui s'impose ici est celui d'hystéro-traumatisme; le pronostic doit rester réservé à cause de l'atrophie.

— M. Comby rapporte ensuite, en son nom et au nom de M. Frenkel, un fait qui met en évidence *les dangers du vésicatoire chez l'enfant*. Un enfant de quatre ans arrive à l'hôpital avec le diagnostic de méningite; il présente, en effet, de la raideur de la nuque, de l'agitation, du délire, un état général fort grave. En outre, il a de l'anurie; la température est de 39°. On découvre sur le devant de la poitrine et dans le dos les plaies récentes de deux grands vésicatoires qui lui ont été appliqués pour de la bronchite. Les quelques gouttes d'urine qu'on retire au moyen de la sonde renferment de l'albumine.

Des bains tièdes prolongés, des boissons abondantes ont heureusement raison de l'anurie. Dès lors, les phénomènes méningés s'amendent et l'état s'améliore.

M. Comby publie ce fait pour montrer une fois de plus les dangers des vésicatoires chez l'enfant. Ainsi que le fait remarquer M. Fernet, il y a eu dans ce cas une néphrite cantharidienne à laquelle il faut attribuer les phénomènes pseudo-méningitiques.

— M. Vidal présente en son nom et au nom de M. Sicard la note suivante sur l'*opalescence et la lactescence du sérum chez certains albuminuriques :*

« Ayant eu l'occasion d'examiner, en ces derniers mois, le sérum d'un grand nombre d'individus sains ou atteints d'affections les plus diverses, nous avons été frappés de voir que le sérum de certains albuminuriques présentait, immédiatement après sa formation, un aspect opalin ou lactescent tout à fait spécial. Des recherches bibliographiques nous ont montré que si le fait est aujourd hui presque complètement tombé dans l'oubli, il n'avait pas échappé aux anciens observateurs, mais la plupart se sont contentés de le mentionner sans rechercher d'une façon méthodique dans quelles formes spéciales du mal de Bright il s'observait de préférence.

« Chez un grand nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde, de pneumonie ou de rhumatisme, maladies souvent compliquées d'une albuminurie légère, le sérum s'est montré avec sa transparence habituelle. Nous avons, d'autre part, examiné systématiquement le sérum de 13 sujets, atteints soit d'albuminurie abondante, soit de formes variées du mal de Bright. Chez 8, il avait un aspect plus ou moins opalin, rarement franchement lactescent; chez les 5 autres, une transparence parfaite. Dans tous les cas, le sang a été puisé aseptiquement dans la veine et recueilli dans un tube à essai stérilisé.

« Les albuminuriques de la première série, dont le sérum était opalescent ou lactescent, étaient atteints indistinctement de néphrite aiguë, subaiguë ou chronique. Dans tous ces cas, le taux de l albumine contenue dans les urines était relativement élevé.

« Parmi les malades dont le sérum était limpide, 3 souffraient de néphrite interstitielle chronique, et leur urine ne contenait que quelques centigrammes d'albumine; par contre, les 2 autres avaient l'un 2 grammes, l'autre 7 grammes d albumine par litre.

« La teinte opaline peut être légère et demande, dans certains cas, à être cherchée. D'autre part, la lactescence est parfois telle que le sérum peut présenter l'aspect d'une masse laiteuse. Nous avons vu, chez un même malade, l opalescence du sérum diminuer lorsque, sous l'influence du régime lacté, l'albumine diminuait dans les urines.

« Nous avons pratiqué dans cinq cas l'examen microscopique à un fort grossissement des sérums lactescents ou opalescents. Dans trois cas, nous avons trouvé de petits corpuscules ronds, réfringents, immobiles, de volume et de nombre variables suivant les cas, formant parfois de véritables constellations sous le champ du microscope, ayant à peu près comme diamètre la longueur d'un quart ou d'un cinquième de globule rouge; quelques-uns ressemblaient à des hématoblastes. Ces corpuscules ne se colorent ni par l'éosine, ni par le bleu de méthylène, ni par la fuchsine, ni par l'acide osmique. Ni l'hématoxine ni le carmin ne permettent de déceler la présence de noyaux dans ces corpuscules. Ils ne sont pas solubles dans l'éther. L'action du centrifuge ne fait pas perdre au sérum sa teinte opalescente; elle ne permet pas de séparer les corpuscules de la partie liquide.

« L'examen microscopique de deux sérums faiblement opalescents ne nous a pas montré ces granulations transparentes.

« Dans aucun de ces cas nous n'avons pu retrouver les corpuscules graisseux décrits par certains auteurs.

« L'état lactescent du sérum peut se montrer passagèrement chez l'homme bien portant, pendant la période digestive, mais seulement après absorption d'aliments en excès, »

— M. LERMOYEZ communique un fait qui démontre que si la laryngotomie intercrico-thyroïdienne offre de grands avantages sur la trachéotomie, elle peut présenter néanmoins quelques complications. Cette opération ayant été pratiquée sur un malade atteint de laryngite tuberculeuse, on vit se reproduire la dyspnée sans qu'aucune cause put l'expliquer. Le malade mourut et, à l'autopsie, on vit que le chaton cricoïdien était nécrosé et que l'extrémité de la canule se plaçait spontanément dans les tissus lésés; cette sorte de fausse route expliquait donc la persistance de la dyspnée.

— Au cours de la séance, M. MATHIEU a montré, au nom de M. YNURRIGARO (de Buenos-Ayres), des sondes œsophagiennes creuses, en caoutchouc rouge, de calibre différent, dans lesquelles s'engage un mandrin métallique; elles se terminent par une extrémité conique de caoutchouc plein. L'exploration de l'œsophage peut se faire facilement, et avec bien moins de danger, dans le cas de cancer de ce conduit, de perforer la paroi malade. On peut aussi se servir de ces sondes comme dilatateurs.

ÉCHOS & NOUVELLES

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Duplay commencera son cours le mardi 17 novembre 1896, à 9 heures 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre des cours : Lundi : visite et examen des malades (salles des hommes).

Mardi : leçon clinique et opérations; amphithéâtre de la clinique, à 9 heures 1/2.

Mercredi : visite et examen des malades (salle des femmes).

Jeudi : opérations (chirurgie abdominale).

Vendredi : leçon clinique et opérations; amphithéâtre de la clinique, à 9 heures 1/2.

Samedi : exercices gynécologiques; salle des femmes et salle du spéculum.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. Cazin, chef de clinique : mardi, à 5 heures 1/2 (amphithéâtre de la clinique).

Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. Cazin : jeudi et samedi, à 5 heures 1/2 (amphithéâtre de la clinique).

Conférences de gynécologie. Méthodes d'exploration gynécologique, par M. Clado, chef des travaux gynécologiques: lundi, à 5 heures (amphithéâtre de la clinique).

Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. Clado : mercredi, à 5 heures (salle du spéculum).

Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. Lamy, chef du laboratoire: samedi, à 11 heures (laboratoire de la clinique).

Conférences et exercices pratiques de chimie biologique et pathologique, par M. Savoire, chef adjoint du laboratoire: mercredi, à 11 heures (laboratoire de la clinique).

Conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. Martha : vendredi, à 5 heures.

Clermont. — M. Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de la dite École.

Langes en papier. — Chacun sait quel travail c'est de laver et de faire sécher les langes d'un nourrisson que l'on veut tenir proprement. En hiver, les difficultés sont encore plus grandes à cause de la lenteur avec laquelle les linges sèchent. D'autre part, comme le fait remarquer M. F. Bachmann, les matières des enfants contiennent souvent de nombreux microbes pyogènes, et il n'est pas sans inconvénients de se borner, comme on le fait souvent dans les familles, à rincer les langes de l'enfant à l'eau tiède et à les étendre ensuite dans un coin de l'appartement. On favorise ainsi la dissémination des germes.

C'est pour ces motifs que M. Bachmann propose d'interposer entre l'enfant et le lange triangulaire, habituellement employé, des carrés de papier souple analogue à celui que l'on emploie souvent aux cabinets. Quand l'enfant s'est sali, on se contente de retirer le papier que l'on jette au feu. On s'épargne ainsi la peine de laver un grand nombre de langes, tout en tenant l'enfant avec une propreté aussi grande. *(Bulletin médical.)*

Les étudiants en médecine en Amérique. — D'après une statistique publiée par le Bureau de l'instruction aux États-Unis, le nombre des étudiants en médecine, qui était en 1883-1884 de 10,600, s'est élevé en 1893-1894 à 17,601, soit un accroissement de 66 %.

Dans les écoles homéopathiques, le nombre des étudiants, dans le même laps de temps, s'est élevé de 1,267 à 1,666.

D'après la même statistique, il y avait aux États-Unis, en 1894, 152 écoles de médecine : 109 régulières, 19 homéopathiques, 9 éclectiques, 3 physio-médicales.

Il est à noter que les étudiants homéopathes ne se rencontrent que dans les États du Nord ; il n'y en a pas dans les États du Sud.

Un autre détail à relever, c'est que l'homéopathie et l'éclectisme semblent plus populaires parmi les femmes que parmi les hommes.

Dans les écoles régulières, les femmes sont au nombre seulement de 902, ce qui représente à peine 5 % du total des étudiants. Dans les écoles homéopathiques, on en compte 351, soit 21 %, et 86 dans les écoles éclectiques, soit 10,7 %.

En prenant l'ensemble des écoles, le nombre des étudiants est de 1,419, soit 6,5 % du chiffre total des étudiantes en médecine. *(Médecine moderne.)*

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

HOPITAL COCHIN

Empoisonnement par le sublimé corrosif. — Gangrène de la bouche, de la vulve, du gros intestin, etc. — Mort dans le collapsus, par H. Richardière.

L'observation relatée ci-dessous concerne un empoisonnement par le sublimé corrosif, dont les symptômes et l'évolution clinique sont intéressants à plusieurs titres.

Dans les symptômes, je relèverai seulement des manifestations gangreneuses multiples qui ont été cliniquement appréciables sur les muqueuses buccale et vulvaire. La gangrène de la vulve est assez rare dans l'empoisonnement par le sublimé pour qu'à ma connaissance elle n'ait pas encore été signalée. A défaut d'autres preuves, si la question ne me paraissait pas définitivement jugée, elle suffirait pour démontrer que dans l'intoxication par le sublimé, les gangrènes ne sont pas dues à une action locale, caustique, du poison. Elles sont bien manifestement d'origine générale et dues aux altérations du sang.

Dans cette observation, j'ai pu suivre, jour par jour, l'évolution des plaques de gangrène de la bouche. La muqueuse de la bouche, saine le premier jour, s'est bientôt couverte d'ecchymoses étoilées, auxquelles ont succédé les eschares et les ulcérations gangreneuses.

L'évolution des symptômes généraux a présenté cette particularité, que les premiers jours la malade paraissait légèrement atteinte. Seuls, les vomissements et la diarrhée annonçaient l'empoisonnement; puis, le cinquième jour, à la suite de selles sanglantes nombreuses, la situation s'est profondément modifiée. A la tranquillité des premiers jours a fait place le collapsus, dans lequel la malade a succombé.

Cette deuxième phase a répondu à la gangrène de l'estomac et de l'intestin. Si on admet, en effet, que les lésions gangreneuses suivent dans les organes la même marche que sur les muqueuses de la bouche et de la vulve, c'est vers le quatrième ou le cinquième jour que ces lésions ont dû se former dans l'intestin. Avec leur formation a coïncidé le collapsus. On peut ainsi admettre, dans l'intoxication par des doses massives de sublimé, deux périodes: une première période de troubles digestifs, sans réaction générale; une deuxième période de collapsus en rapport avec la formation des plaques de gangrène. Chez ma malade, la première période a été marquée par une élévation de température qui a oscillé entre 37,5 et 38,5. Pendant la deuxième période, il y a eu un abaissement progressif de la température, qui est descendue à 35 degrés le dernier jour.

La quantité de poison absorbé n'a pu être fixée d'une manière certaine. Elle a dû être considérable. La malade avait ingéré plus de 3 grammes de sublimé. Une partie du poison a été rejetée immédiatement par des vomissements provoqués mécaniquement; néanmoins, ce qui a été absorbé représentait certainement beaucoup plus que la dose toxique classique.

La nommée A..., Mathilde, âgée de vingt-cinq ans, absorbe, le 1er novembre 1896, à onze heures environ, le quart d'un flacon de 125 grammes renfermant une solution de sublimé corrosif au dixième. Les personnes présentes ont pu évaluer à 3 grammes la quantité de sublimé ingéré. Des secours immédiats ont pu être donnés sur le champ. Des vomissements ayant été provoqués par l'introduction des doigts dans la bouche, A... a rendu de suite une certaine quantité de poison. Environ un quart d'heure après la tentative d'empoisonnement, A... a commencé à boire de l'eau albumineuse. Aucun autre antidote n'a été administré sur le moment, ni avant son entrée à l'hôpital.

Au moment de son entrée à l'hôpital, A... se plaignait d'éprouver de violentes douleurs au creux de l'estomac et dans le ventre. Le ventre n'était pas ballonné. Il était très douloureux à la palpation, surtout sur le trajet du gros intestin. Il y avait des vomissements fréquents de liquides alimentaires (lait, eau albumineuse), et une diarrhée abondante, amenant le rejet par des selles nombreuses, mais peu copieuses, de matières verdâtres, mélangées de mucus, non sanguinolentes au début.

La bouche était normale, sauf l'existence à la racine des dents d'un liséré noirâtre. Pas d'ulcérations de la muqueuse buccale.

Les urines sont rares. Il est impossible d'en recueillir, car elles sont mélangées aux selles.

2 novembre. — Persistance des douleurs gastriques et abdominales et de la diarrhée bilieuse. Hoquet fréquent.

Traitement : eau albumineuse, lait glacé.

On note, sur l'amygdale gauche, une ulcération linéaire et la présence de petites ecchymoses étoilées sur la muqueuse buccale. Ces ecchymoses se voient sur la partie médiane du voile du palais, à la face interne des joues, au niveau des dernières molaires. Il existe une salivation intense.

3 novembre. — Nausées, vomissements et diarrhée presque continuels. Les matières vomies sont mélangées de sang noirâtre. Les selles renferment également du sang, ayant la même couleur. Le sang est en petite quantité dans les selles, mais il ne fait défaut dans aucune.

L'intelligence continue à être absolument normale. Le malade répond avec la plus grande netteté aux questions et comprend la gravité de son état. Elle est agitée et se plaint de n'avoir pu dormir depuis son entrée à l'hôpital.

Aucune détermination symptomatique sur le cœur ou sur les poumons.

Les urines recueillies par la sonde sont en petite quantité. Elles sont très colorées et renferment un peu d'albumine.

4 novembre. — Même état. La malade se plaint de palpitations. Les battements du cœur sont rapides. Pas de souffle cardiaque.

Persistance de la diarrhée sanguinolente.

Traitement : toutes les heures, 1 gramme de sous-nitrate de bismuth associé à 1 gramme de magnésie.

Pas d'éruption sur la peau. On note seulement quelques petites ecchymoses punctiformes sur la peau du ventre.

La bouche est devenue le siège de lésions importantes : aux ecchymoses des jours précédents ont fait place des ulcérations profondes siégeant sur l'amygdale gauche, à la face interne des joues, aux points où les dents frottent contre la muqueuse tuméfiée. Les ulcérations sont irrégulières, anfractueuses ; elles sont bordées par des tissus fongueux.

Les surfaces ulcérées sont recouvertes par des détritus putrilagineux, d'apparence et d'odeur gangreneuse. En plus des ulcérations, il existe plusieurs plaques de sphacèle non ulcérées.

La vulve est également le siège de plaques gangreneuses. Ces plaques occupent l'interstice qui sépare les grandes lèvres et les petites lèvres, le pourtour du vagin.

L'urèthre est entouré d'une plaque de sphacèle circulaire. Comme dans la bouche, la gangrène se manifeste sous deux formes : plaques superficielles et ulcérations irrégulières recouvertes de détritus sphacélés.

5 novembre. — L'aspect de la malade a complètement changé. Les jours précédents, son visage était rouge et animé, ses muqueuses étaient colorées et injectées. Maintenant, l'anémie est la note dominante. La face est très pâle et les muqueuses sont décolorées.

Il y a un commencement de collapsus. La malade a eu une syncope. Je prescris des injections d'éther et une injection de 600 grammes de sérum artificiel.

La diarrhée sanguinolente a un peu diminué : la malade n'a eu que douze selles.

6 novembre. — Le collapsus s'est aggravé, malgré la cessation de la diarrhée sanguinolente.

Les lésions buccales et vulvaires persistent. Pas d'éruption cutanée. Pas de gangrène de la peau.

Dans la soirée, la malade présente du délire pour la première fois. Elle divague, veut se lever, etc. Pas de convulsions, pas de contracture, pas de paralysie. La sensibilité reste normale.

7 novembre. — Mort dans le collapsus.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

Abdomen. — Pas d'épanchement péritonéal. Pas de péritonite. Pas d'ecchymoses sur la séreuse.

L'estomac paraît extérieurement très congestionné. Il renferme une certaine quantité de liquide, coloré en vert par la bile.

La muqueuse gastrique présente des lésions importantes : 1° plusieurs ulcérations, du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes; 2° de nombreuses ecchymoses, les unes punctiformes, les autres plus étendues. Ces lésions siègent surtout au niveau de la grande courbure; 3° *une volumineuse eschare*, ayant 8 centimètres de longueur sur 3 de largeur, occupe la paroi postérieure. Cette eschare est vert noirâtre; elle est bosselée, saillante et indurée, reposant sur des tissus œdématiés. Sa forme est irrégulière.

Pas de perforation de l'estomac.

Intestin grêle. — L'intestin grêle est congestionné dans toute son étendue, principalement au niveau du duodénum et du jéjunum. Sur la partie moyenne de l'iléon, on constate un œdème des parois de l'intestin. Cet œdème blanc et diffus double l'épaisseur des tuniques. Sur la portion terminale de l'iléon, très vascularisée, deux petites ulcérations analogues à celles qui existent sur la muqueuse gastrique. Pas de plaques de gangrène.

Gros intestin. — Le gros intestin est profondément lésé. De volumineuses eschares couvrent la surface externe de la muqueuse, depuis le cæcum jusqu'à la portion anale du rectum. Ces eschares occupent la plus grande partie du gros intestin; le tissu sain a

presque disparu et ne persiste plus que par petites bandes enserrées pour ainsi dire entre des croûtes noirâtres, représentant les parties sphacélées. Les eschares ont une direction générale transversale; elles sont perpendiculaires à l'axe de l'intestin : la plupart occupent toute la largeur du côlon et forment ainsi un anneau complet. Quelques-unes ont une longueur de 8 centimètres, sur une hauteur de 1 centimètre. La consistance des plaques de gangrène est dure; leur base est indurée. Elles reposent sur des tissus œdématiés. Ces plaques en relief simulent des valvules conniventes hypertrophiques, et font ressembler l'intestin étalé à du bois vermoulu.

Pas de perforation intestinale.

Foie. — Le foie pèse 1,780 grammes. Son apparence et sa consistance sont normales, tant à l'extérieur qu'à la coupe.

La vésicule biliaire contient quelques grammes de bile épaisse, fortement colorée. Pas de calculs. Les parois de la vésicule sont congestionnées.

Reins. — Le rein droit pèse 170 grammes; le gauche, 165 grammes. Les deux reins se décortiquent avec facilité. Les étoiles de Verheyen sont fortement congestionnées. La substance corticale est blanc jaunâtre, les pyramides sont fortement colorées.

Pas de calculs ni de graviers.

Rate. — La rate, de consistance ferme, pèse 110 grammes.

Pancréas. — Le pancréas pèse 90 grammes. Il est normal d'aspect.

Thorax, cœur. — Pas de liquide dans le péricarde.

A la surface du cœur, au niveau du ventricule droit (face postérieure), nombreuses ecchymoses de la dimension d'une petite tête d'épingle à celle d'une lentille.

Pas de lésions du cœur. Le cœur renferme des caillots noirâtres.

Poumons. — Congestionnés aux bases.

Bicyclettes d'ambulances. — En juillet 1896, au meeting annuel des clubs vélocipédiques de l'Illinois qui s'est tenu à Chicago, le public a pu admirer un modèle d'ambulance cycliste très ingénieux.

L'appareil comporte un coffre léger reposant sur un cadre soutenu à droite et à gauche par une bicyclette de modèle un peu plus long que celui de la petite reine moderne. Le tout est mis en marche par deux cyclistes, et à Chicago ce sont des médecins qui remplissent cet office. La bicyclette est du reste le sport favori et le mode de transport le plus ordinaire des médecins de la ville de Chicago. Grâce à cet appareil, des secours prompts, presque instantanés, sont assurés aux victimes d'un accident sur la voie publique ou dans la ville.

Le coffre d'ambulance adapté aux bicyclettes accouplées n'est pas le seul modèle d'appareil de secours imaginé par l'ingéniosité américaine. Divers autres modèles peuvent se comprendre avec le même mécanisme de cycles parallèles. *(Gazette hebdomadaire.)*

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Sur le traitement des prolapsus génitaux.

Suite (1).

M. GÉRARD-MARCHANT (de Paris) rapporte deux observations intéressantes d'incontinence d'urine traitées et guéries par la colpopérinéorraphie. Dans ces deux cas, l'incontinence d'urine coïncidait avec la béance de la vulve, de la flaccidité des téguments et un abaissement de l'utérus accompagné de cystocèle légère et de colpocèle antérieure.

M. JACOBS (de Bruxelles) décrit son opération de trachélopexie ligamentaire, qu'il réserve aux cas compliqués contre lesquels échouent toutes les autres interventions. Sur près de 200 interventions pour prolapsus génitaux, il a obtenu des récidives dans une proportion de 30 %. C'est ce qui lui a fait rechercher une opération susceptible de donner de meilleurs résultats.

M. TUFFIER. — Avec toutes les opérations faites contre les prolapsus, on voit de temps à autre, et malgré tous les soins apportés par le chirurgien, des récidives. Je désire insister sur les causes de ces échecs, en ne considérant qu'une catégorie de malades, les jeunes femmes qui, à la suite d'un ou deux accouchements, ont des prolapsus, sans que rien puisse, à première vue, les expliquer.

La cause réelle de ces accidents, c'est l'état d'infériorité physiologique des tissus de ces femmes. Souvent, lorsqu'on a l'occasion d'examiner ces malades avant leurs grossesses, on trouve des flexions utérines, surtout des rétroflexions, réductibles et non douloureuses. Ces femmes ont souvent des hernies, de l'abaissement des reins, de la scoliose, etc.

C'est là le type généralisé de l'infériorité physiologique des tissus. Mais il y a un autre type, type atténué, type limité aux organes génitaux et à l'abdomen, et qu'il faut savoir reconnaître.

Ces types sont importants au point de vue clinique, car ce sont les malades de ces catégories qui donnent les insuccès opératoires, les récidives.

En résumé, certains prolapsus sont une manifestation d'un état général caractérisé par une infériorité physiologique plus ou moins généralisée.

Ces prolapsus sont souvent accompagnés de trou-

(1) Voir les nos 44 à 46 de l'*Union médicale*.

bles fonctionnels d'autant plus accusés qu'ils siègent chez des femmes dont le système nerveux est plus ou moins atteint, d'où le succès du massage.

D'une façon générale, les prolapsus sont graves, car ils demandent des opérations complexes après lesquelles les récidives sont fréquentes ; les cicatrices sont souvent peu solides et se laissent effondrer facilement.

Les résultats définitifs sont influencés par cet état général, car le prolapsus général, l'entéroptose, la néphropexie et les troubles nerveux, peuvent persister et faire souffrir la malade, bien que le prolapsus soit guéri.

M. Pierre Delbet (de Paris). — J'ai imaginé une opération contre le prolapsus, et je lui ai donné le nom de *colpocystopexie*, parce qu'elle a pour but de fixer le vagin et la vessie en bonne position.

Cette opération suppose l'ablation de l'utérus; elle ne sera donc applicable que dans les cas où l'hystérectomie est indiquée.

Pour pratiquer l'hystérectomie en pareil cas, le col de l'utérus étant fixé et attiré en bas par une bonne pince, je fais une incision verticale et médiane qui commence un peu en arrière du méat uréthral et se termine à la jonction du vagin et du col. Sur cette première incision, je fais tomber perpendiculairement une seconde incision qui part du cul-de-sac vaginal gauche en contournant la face antérieure du col. Je dissèque alors, de chaque côté de la première incision, un large lambeau triangulaire en poussant la dissection loin sur les côtés. Les deux lambeaux disséqués, je relève le col, je le circonscris en arrière par une incision symétrique à celle qui a été faite en avant, et j'ouvre immédiatement le cul-de-sac postérieur. On se trouve, vis-à-vis de l'utérus, dans la situation d'une hystérectomie ordinaire ; j'enlève alors la matrice en faisant des ligatures successives sur les ligaments larges, en laissant les ligaments ronds libres en dehors des moignons pédiculaires.

L'utérus enlevé, il reste à faire la *pexie*, qui est en même temps, comme on va le voir, une colporraphie antérieure.

Les extrémités des deux ligaments ronds sectionnés sont amenées entre les deux lambeaux vaginaux jusqu'à la partie antérieure de la première incision longitudinale. Ils forment ainsi une sorte de sangle qui passe sous la vessie et sous l'urèthre. On les fixe dans cette position par quatre ou cinq points de suture, chaque point décrivant un U dont les deux branches doivent être placées dans le même plan vertical, de manière à affronter les deux lambeaux l'un à l'autre par toute leur surface cruentée.

Les fils sont placés et noués, en allant du méat vers le fond du vagin. A mesure qu'on les serre, le vagin, attiré par les ligaments ronds, se remet de lui-même en place et, en même temps, les deux lambeaux s'affrontent parfaitement, formant, par leur adossement, une colonne épaisse et résistante.

Comme toutes les opérations qui ne s'adressent qu'à la paroi antérieure du vagin, cette colpocystopexie est insuffisante. Je l'ai faite trois fois sans y joindre de périnéorraphie, et trois fois j'ai vu la récidive se produire. Il faut donc toujours compléter la colpocystopexie par une périnéorraphie.

Pour réaliser cette dernière opération, je fais une incision curviligne à concavité supérieure, qui suit la ligne de jonction de la muqueuse vaginale et de la peau, commençant sur le côté droit de la vulve, à 1 centimètre environ au-dessous du plan du méat et se terminant au point symétrique du côté gauche. Je dissèque alors la paroi vaginale ; l'amorce est assez délicate, mais dès qu'on est arrivé dans la cloison recto-vaginale, le décollement se fait rapidement, avec le doigt, jusqu'au péritoine. Cette dissection terminée, on a un vaste lambeau flottant, et il ne reste plus qu'à passer les fils, comme dans la périnéorraphie classique.

M. Demoulin (de Paris) rapporte une opération d'hystérectomie pratiquée pour un prolapsus utérin, suivie de mort rapide par suite de lésions rénales, qui avaient échappé à l'examen. Dans un deuxième cas, la malade, qui avait de la distension des voies urinaires, ne guérit que difficilement.

Féré, du reste, a déjà attiré l'attention sur les lésions des voies urinaires chez les prolabées. M. Demoulin pense qu'il faut voir là la cause de la mortalité spéciale que prend l'hystérectomie quand elle est pratiquée contre les prolapsus.

M. Jonnesco (de Bucarest) se montre partisan de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin, seule ou accompagnée d'opérations secondaires sur le périnée. L'ablation de l'utérus est surtout indiquée chez les femmes du peuple qui sont obligées de travailler et qui ne peuvent se prêter à des traitements longs, compliqués.

De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins.

M. Terrier (de Paris). — J'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale ou partielle dans 12 cas de fibromes utérins, simples ou compliqués, dans 1 cas d'épithélioma du corps et enfin dans 1 grossesse extra-utérine ; ces 14 opérations m'ont donné 14 succès.

Dans 7 cas de fibrome, j'ai fait l'ablation totale de l'utérus. Dans les 5 autres cas, et pour des raisons spéciales, je me suis borné à pratiquer l'hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Le premier temps opératoire consiste alors à lier les annexes des deux côtés avec un double fil de forte soie; une des anses reste sur l'utérus qu'on enlève, l'autre sur le pédicule utéro-ovarien.

Dans le deuxième temps, je taille d'abord en avant, puis en arrière de l'utérus, un lambeau péritonéal, convexe en haut et se terminant à droite et à gauche au niveau des pédicules utéro-ovariens liés. Autant ce lambeau est facile à isoler en avant de l'utérus, en évitant d'entamer la vessie, autant il est souvent difficile de le tailler sur la face postérieure de l'organe, où le péritoine est plus mince et plus adhérent. On poursuit le décollement de ces deux lambeaux péritonéaux aussi loin que possible jusqu'au niveau probable des insertions vaginales autour du col.

Dans le troisième temps, j'ai l'habitude de placer à droite et à gauche de l'utérus, au niveau du col, une ou deux fortes pinces à pression de façon à interrompre le cours du sang des deux artères utérines. L'enlèvement de l'utérus est fait soit à coups de ciseaux, soit au bistouri.

Le quatrième temps a pour objet l'ouverture des culs-de-sac du vagin; dans ce but on place une pince courbe dans le vagin, jusque dans le cul-de-sac antérieur d'abord, puis dans le cul-de-sac postérieur. Le moignon utérin formé par le col étant saisi avec une forte pince de Richelot et attiré en haut, la pince placée dans le cul-de-sac antérieur étant reconnue, on incise les parties en rasant le col et on ouvre ainsi le cul-de-sac antérieur. On répète la même manœuvre sur le cul-de-sac postérieur.

C'est alors qu'aux pinces à pression placées sur les artères utérines, on substitue deux ligatures en chaîne. Le col, libéré du vagin en avant puis en arrière, est alors isolé sur les parties latérales et enlevé.

Ceci fait, une première série de sutures unit la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure. Puis on fait l'occlusion de la cavité sous-péritonéale, en réunissant par un long surjet les deux lambeaux péritonéaux taillés dans le deuxième temps de l'opération.

M. Pierre Delbet. — On a tendance à substituer l'hystérectomie abdominale totale à l'hystérectomie partielle, et j'ai, comme beaucoup de mes collègues, adopté l'hystérectomie totale. Je ne pense pas cependant que les inconvénients du pédicule utérin qu'on laisse dans l'hystérectomie partielle soient aussi considérables qu'on l'a dit; aussi, à mon sens, l'immense progrès qui a été réalisé récemment consiste non pas dans la substitution de l'hystérectomie totale à l'hystérectomie partielle, mais surtout dans les perfectionnements de la technique opératoire. Parmi ces perfectionnements, deux me paraissent avoir une importance capitale, ce sont: 1° la suppression des ligatures en masse; 2° la suppression de la plaie péritonéale par une bonne suture.

Qu'on fasse l'hystérectomie totale ou partielle, il faut toujours pousser la dissection très bas sur le col, car la première condition pour que le moignon utérin ne soit ni gênant ni dangereux, c'est qu'il reste petit. Or, quand on doit disséquer le col, la première question qui se pose est celle de l'uretère. Quand l'utérus est fortement abaissé, comme pour l'hystérectomie vaginale, ses rapports avec les uretères deviennent plus étendus et plus intimes.

Au contraire, lorsque l'utérus est fortement attiré en haut comme il doit l'être dans l'hystérectomie abdominale, ses rapports avec l'uretère sont presque supprimés. L'uretère glisse du haut en bas de l'utérus sur le dôme vaginal, et quand l'élévation de l'utérus est très considérable, les deux uretères situés de chaque côté du vagin n'ont plus aucun rapport direct avec la matrice.

Voici comment je pratique l'opération : l'abdomen ouvert, l'utérus sorti du ventre et fortement soulevé par un aide, il faut d'abord chercher les annexes. Celles-ci sont fréquemment malades; on les libère, on les mobilise et on les attire au dehors. Je passe alors avec une aiguille mousse un fil tout près du bord externe du ligament large; le fil est noué de manière à enserrer le pédicule utéro-ovarien. Puis je place une pince en travers sur la corne utérine, de manière à saisir l'anastomose de l'utérine et de l'utéro-ovarienne, et je sectionne le ligament large de dehors en dedans et de haut en bas, de manière que la ligne de section arrive vers la partie inférieure du corps utérin. La même manœuvre étant exécutée du côté opposé, j'incise le péritoine sur l'utérus en avant et en arrière, en continuant en quelque sorte les incisions des ligaments larges. Je dissèque alors en avant et en arrière une collerette péritonéale, et je poursuis la dissection jusqu'à l'ouverture des culs-de-sac vaginaux.

Lorsque l'un des culs-de-sac est ouvert, je cherche toujours à inciser la muqueuse vaginale de l'autre par le vagin. Il n'est même pas indispensable d'ouvrir les deux culs-de-sac avant de sectionner les pédicules latéraux comprenant l'artère utérine ou ses branches. Je sectionne ces pédicules au bistouri, en rasant le col et sans faire de ligatures préalables. Ces vaisseaux sont pincés à mesure qu'on les sectionne. Il suffit, en général, de deux ou trois pinces de chaque côté.

Les vaisseaux pincés sont liés isolément. Mais il reste le cul-de-sac postérieur dont la tranche saigne toujours. Ayant eu dans 1 cas une hémorragie notable par cette tranche, j'ai pris le parti d'en assurer

toujours l'hémostase, et je le fais simplement et rapidement au moyen d'un surjet en points de matelas. L'hémostase terminée, il reste une vaste plaie péritonéale qui va d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre. Je ferme le tout par un grand surjet dont chaque point est passé à la manière de Lembert, de façon à bien assurer l'affrontement séro-séreux. Tous les fils à ligature se trouvent ainsi enfouis, et quand l'opération est terminée, il ne reste aucune plaie péritonéale.

Depuis que j'ai adopté cette technique, j'ai opéré 8 malades : toutes les 8 ont parfaitement guéri.

Ce qui me frappe surtout, c'est l'extraordinaire bénignité des suites de cette opération : non seulement les opérées guérissent, mais elles ne sont plus malades. Aussi, pour ma part, je ne ferai plus intervenir la question de volume dans les indications de la voie opératoire. Sauf les cas où il serait possible d'enlever par la voie vaginale le fibrome en respectant l'utérus, je préfère l'hystérectomie abdominale à l'hystérectomie vaginale.

M. Routier. — Je crois avoir réalisé une manière de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale qui est plus simple et plus facile que celle qui vient d'être décrite par M. Terrier.

Dans un premier temps, j'ouvre les deux culs-de-sac vaginaux comme pour une hystérectomie vaginale. La malade étant ensuite placée en position de Treudelenburg, je fais une laparotomie assez grande pour énucléer le fibrome au dehors.

Après ligature à la soie et section des deux pédicules utéro-ovariens, lorsque, par sa forme, le fibrome rend le petit bassin inaccessible, je fais une incision longitudinale sur la face antérieure de la tumeur, à partir de l'insertion de la vessie, et je procède à l'énucléation rapide du ou des fibromes.

Le petit bassin devenu accessible, et les deux culs-de sac ouverts, je passe un caoutchouc sur ce qui reste du ligament large droit, en serrant avec une soie ce lien élastique, et je sectionne. La tumeur tombe vers la gauche, ne tenant plus que par le ligament large gauche. Je place ensuite une ligature élastique semblable sur ce ligament large gauche, et je sectionne également. Après avoir fait sortir par le vagin les chefs de ces ligatures élastiques, avec une mèche de gaze, il ne reste plus qu'à suturer le ventre.

M. Pozzi. — Le procédé que vient de décrire M. Terrier, comme la plupart de ceux qui procèdent au détachement de l'utérus de haut en bas, en coupant les tissus assez loin en dehors de l'organe, a l'inconvénient de ne pas mettre suffisamment en garde contre les deux grands dangers de l'hystérectomie abdominale totale : l'hémorragie et la blessure des uretères et de la vessie. Je crois qu'à ce point de vue un grand perfectionnement a été réalisé par l'attaque de l'utérus, de bas en haut, après ouverture du cul-de-sac postérieur et préhension du col par l'abdomen. En effet, on peut alors faire la circoncision des culs-de-sac vaginaux autour du col, et détacher celui-ci de la vessie en décollant les tissus de bas en haut, comme dans l'hystérectomie vaginale dont on retrouve ici les facilités. Cette séparation faite, l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges, qu'il faut sectionner le plus près possible de l'organe, après les avoir saisis dans de longues pinces. On opère ainsi rapidement et sans hémorragie, car il faut bien savoir que les vaisseaux qui se rendent à l'utérus ne saignent sérieusement que si on les coupe assez en dehors de l'organe; ils n'y pénètrent qu'après s'être divisés, si bien que si on rase l'organe, on ne coupe presque que des ramuscules, exception faite pour quelques gros rameaux qu'on pince facilement.

Le nouveau procédé de M. Doyen, que j'ai récemment employé dans des cas de gros fibromes, m'a donné d'excellents résultats. Je recommande seulement, comme temps préliminaire, pour peu que le segment inférieur de l'utérus soit peu accesible, d'énucléer rapidement, grâce à une incision sagittale, les gros fibromes qui encombrent le petit bassin. On pourrait ensuite inciser sans peine le cul-de-sac postérieur sur une grande pince courte introduite dans le vagin et aller saisir le col pour le faire basculer dans l'abdomen. Il ne faut pas craindre d'exercer une forte traction sur le col, de bas en haut, et de s'aider des doigts et de ciseaux mousses pour séparer la vessie de bas en haut.

Ce que ce procédé a de véritablement original est l'absence d'hémostase préalable. Quant à la préhension du col par l'abdomen et à la bascule de l'utérus, elle vient d'Amérique, où je l'ai vue exécuter il y a trois ans.

M. Doyen ferme complétement le vagin et ne draine pas. Je préfère drainer avec une mèche de gaze, après avoir fermé par un surjet au catgut toutes les surfaces cruentées, en ourlant le bord du vagin avec la séreuse. J'attire ensuite les fils qui ont lié les ligaments larges dans le vagin, et la traction opérée sur eux suffit à plisser le péritoine en entonnoir et à permettre l'adossement en bourse de la séreuse dès que le drainage est retiré.

M. Doyen, par suite d'une sorte de coquetterie chirurgicale, n'applique aucune pince avant de détacher complétement l'utérus. Je préfère en mettre une, très longue, sur chaque ligament large, immédiatement avant de les sectionner. Là se borne l'hémostase préalable dans toute l'opération, qui est remarquablement rapide.

M. Goullioud (de Lyon). — Partisan de l'hystérectomie abdominale totale, je viens vous soumettre un procédé qui ne diffère de celui de Delagénière que par des détails secondaires, et une modification que j'estime diminuer les dangers d'infection péritonéale à la suite de cette opération.

L'énucléation sous-péritonéale du tégument cervical de l'utérus est achevée; les pédicules des artères utéro-ovariennes, utérines et même vaginales, sont pincés et sectionnés. L'utérus ne tient plus que par le vagin dénudé sur deux centimètres environ.

A travers ses parois étirées, les doigts reconnaissent le col. Au-dessous de lui, je place alors transversalement sur le vagin, par l'abdomen, deux pinces longues coudées parallèles, dont les mors sont assez longs pour pincer toute la largeur du vagin aplati.

Je sectionne celui-ci entre les pinces avec le couteau coudé du thermo-cautère.

L'utérus entier est enlevé, portant appendue au-dessous du col une des pinces coudées qui empêche d'une façon absolue qu'aucun liquide ne s'écoule sur le champ opératoire. La seconde pince reste sur le vagin, dont elle ferme la lumière jusqu'à ce que soit achevée l'hémostase par la ligature de chaque pédicule vasculaire. Cette pince n'a pu elle-même s'infecter, n'ayant eu de contact qu'avec la surface cruentée du canal vaginal et non avec sa cavité.

Ceci fait, ou bien je ferme le péritoine pelvien par un surjet rapide, laissant au-dessous de lui un espace cruenté qui sera drainé par le vagin quand l'opération abdominale sera terminée, ou bien, je ne fais pas de surjet et je draine par un Mikulicz vaginal. Dans l'un et l'autre cas, je ferme complètement l'abdomen.

M. Témoin (de Bourges). — Si le pédicule a été la cause de tant d'insuccès, c'est qu'il était formé de tous les éléments constituant la masse utérine fibromateuse, que sa fermeture était incomplète et, enfin, que les ligatures élastiques provisoires amenaient une mortification du péritoine destiné à recouvrir le moignon. Ces mauvaises conditions évitées, l'hystérectomie abdominale, avec conservation partielle de l'utérus, donne d'aussi bons résultats que toute autre méthode, et je viens la défendre en m'appuyant sur ma statistique, qui me donne 42 succès sur 45 opérations. Du reste, le meilleur procédé est celui qu'on possède le mieux.

M. Pantaloni (de Marseille). — Je crois devoir signaler les dangers ultérieurs qui peuvent résulter pour les malades de la position déclive prolongée. Il y a donc intérêt à ce que dans les hystérectomies la durée de l'acte opératoire soit aussi écourtée que possible. Pour ma part, j'emploie un procédé mixte emprunté à MM. Delagénière et Doyen.

M. Monprofit (de Angers). — Je suis grand partisan de l'hystérectomie abdominale totale, et je crois que dans cette opération il faut employer à la fois le procédé de M. Delagénière et le procédé de M. Doyen. La combinaison de ces deux modes opératoires donne les meilleurs résultats, surtout si l'on pratique la traction sur l'utérus comme nous l'a indiqué Reverdin.

M. Reverdin (de Genève). — Je suis heureux de voir tous les chirurgiens adopter ma manière de voir par rapport aux tractions sur l'utérus dans l'hystérectomie abdominale, mais cette traction ne doit pas être exagérée; il faut tendre les ligaments et le vagin, sans exercer de tractions violentes.

M. Ricard. — Je constate le chemin parcouru par l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, depuis que j'ai pris, il y a deux ans, la parole à la Société de Chirurgie, pour la défendre.

Je ne veux discuter aucune manière de faire ni rechercher à qui appartient la priorité des procédés. Celui que j'emploie, et qui est fait d'emprunts aux uns et aux autres, m'a servi quarante fois déjà, en le modifiant suivant les besoins. Malgré des cas très graves de toutes sortes, je n'ai eu à enregistrer que trois décès, ce qui donne une mortalité n'atteignant que 7,5 %. C'est grâce à cette expérience, déjà importante de l'opération, aux résultats heureux que j'ai obtenus, que je me permets de prendre la parole pour faire connaître ma technique.

Le premier temps, une fois la laparotomie pratiquée, consiste dans l'*énucléation* forcée des fibromes hors du ventre. Cette énucléation, facile dans bien des cas, est rendue souvent impossible par des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, coexistence de fibromes dans le ligament large, etc.

Quelle que soit la cause de cette fixité du fibrome, il faut lever l'obstacle qui retient la tumeur avant d'essayer de passer au deuxième temps, et pour cela on extirpera les lésions salpingiennes, on évidera et on enlèvera les fibromes enclavés, on détruira les adhérences, etc.

Le fibrome devenu mobile et fortement tiré hors du ventre, j'ai recours à l'hémostase préventive; tout d'abord, je sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite, puis, par la brèche créée, j'effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal, et j'arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine que l'on voit nettement entourée de ses veines. On place une pince et l'on coupe; si l'artère échappe, une pince hémostatique ordinaire suffit pour la saisir, et l'hémorragie de ce vaisseau n'est jamais bien considérable. On pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par

un trait transversal antérieur, je rejoins mes deux incisions péritonéales latérales, je décolle le péritoine et je repousse facilement la vessie sur le pubis. Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer. Pour cela, directement ou sur une pince introduite par la cavité vaginale, j'incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant j'attaque volontiers le cul-de-sac antérieur si le Douglas est peu accessible. J'agrandis la boutonnière vaginale et, saisissant le col, je désinsère à coups de ciseaux l'insertion du vagin; l'utérus vient alors rapidement. Deux ligatures à la soie, placées de chaque côté, sont substituées aux pinces; je tamponne le vagin, préalablement aseptisé, en le bourrant par l'abdomen, d'une compresse stérilisée, et je referme le ventre.

Autrefois, je fermais avec soin et suturais le péritoine par dessus le vagin béant; mais, j'ai complètement délaissé cette manière de procéder qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et je n'ai enregistré, depuis lors, aucun incident.

Jamais je n'ai blessé la vessie ni l'uretère. Quant aux hémorragies que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, je les crois rares et plus facilement évitables par cette méthode que par tout autre procédé.

Suture du sinus latéral déchiré par un séquestre.

M. SCHWARTZ. — Nous avons utilisé la suture dans un cas d'hémorragie très grave du sinus latéral pendant une trépanation.

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, admis dans notre service, à l'hôpital Cochin, le 26 octobre 1895, pour des accidents cérébraux graves, consécutifs à un coup de pied de cheval reçu il y a trois mois. Il existe, immédiatement en arrière et au-dessus de l'oreille gauche, une fistule qui conduit sur un os dénudé; il semble que l'os soit déprimé en cet endroit. Le blessé a absolument perdu la mémoire; il a des étourdissements, des vertiges avec des tendances à tomber à gauche; il est pris subitement d'une perte d'équilibre qui menace de le faire choir. Dans tout le côté droit, la sensibilité à la douleur et au contact est amoindrie. Il y a surdité complète du côté gauche, aucun autre trouble sensoriel.

Le 24 novembre, la trépanation fut pratiquée sous le chloroforme. Une fois le crâne mis à nu par une incision courbe dessinant un lambeau à convexité inférieure, nous pûmes nous rendre compte qu'il y avait un enfoncement de près de 1 centimètre d'un fragment osseux grand comme une pièce de cinq francs; une fistule conduisait au-dessous de lui sur un point rugueux et sonore. Des couronnes de trépan furent placées aux quatre points cardinaux, tout autour du fragment enfoncé; puis avec la pince-gouge de Matthew, le ciseau et le maillet, l'on fit sauter tout ce qui retenait encore la rondelle enfoncée.

Au moment de l'enlever, nous constatâmes, en la soulevant de haut en bas, qu'elle était adhérente à la dure-mère, juste au niveau du sinus latéral gauche, et, malgré toutes les précautions pour le décoller, le sinus fut déchiré sur une étendue de 1 centimètre environ. Immédiatement un large jet de sang noir inonda le champ opératoire; le doigt placé sur la solution de continuité arrêta tant bien que mal l'hémorragie, pendant que de l'autre main, armée d'une fine aiguille de Reverdin, nous plaçâmes successivement deux points de suture à la soie sur la brèche veineuse. Les fils serrés, le sang ne coula plus que par deux des petites piqûres et fut facilement arrêté par la compression faite à l'aide d'un petit tampon iodoformé dont l'extrémité fut amenée au dehors une fois la suture de la peau terminée. Pansement compressif ouaté. Guérison.

L'examen de la rondelle osseuse montra que sa partie interne adhérente au sinus était atteinte d'ostéite avec nécrose.

Le blessé fut gardé dans notre service pendant plus de six mois et nous pûmes constater à sa sortie, 3 juin 1896, que les phénomènes cérébraux intellectuels et moteurs avaient complètement disparu; la surdité avait considérablement diminué; il ne persistait que quelques troubles de la mémoire.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes : la suture des sinus est possible, malgré la rigidité, malgré la tension des tuniques fibreuses; elle doit être employée lorsque les autres moyens d'hémostase applicables aux tissus ne sont pas de mise, et c'est même le moyen de choix quand il s'agit de larges sinus, comme le sinus latéral, la partie postérieure du sinus longitudinal supérieur dont la perméabilité a une grande importance; tandis que le tamponnement, le bourrage au catgut peuvent suffire quand il s'agit d'une plaie du sinus latéral pendant une trépanation de la mastoïde, dans un cas comme le nôtre, où il n'y a pas de point d'appui pour le tampon, quel qu'il soit, la suture est absolument indiquée, efficace, et a le grand avantage de ne pas oblitérer nécessairement le canal veineux sur lequel elle est placée.

Abcès du cerveau d'origine otique.

M. P. BROCA relate un cas d'abcès du lobe temporal guéri après trépanation. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'otorrhée depuis plusieurs années. Dans les premiers jours de juin 1896,

elle fut prise d'accidents aigus, peu à peu aggravés, qui permirent à M. le Dr Péron de diagnostiquer un abcès cérébral. M. Broca confirma ce diagnostic le 13 juin et fit immédiatement la trépanation de l'apophyse et de la caisse, puis, selon le procédé qu'il préconise depuis plusieurs années, il ouvrit la fosse temporale au-dessus du plafond de l'*aditus ad antrum* et draina de la sorte un abcès du cerveau. Dès le lendemain matin, l'enfant était sortie du coma et elle guérit rapidement. Actuellement, elle est guérie à la fois de l'abcès cérébral et de l'otite moyenne chronique, et cette simultanéité de traitement des deux lésions par une seule opération plaide vivement en faveur de la trépanation par voie mastoïdienne.

Phlébite des sinus et septico-pyochémie consécutive aux anciennes suppurations de l'oreille.

M. Rivière (de Lyon) rapporte quatre cas de lésions cérébrales consécutives à d'anciennes suppurations de l'oreille ; des quatre malades trois sont morts. Ce que l'auteur a vu lui fait adopter les propositions formulées par Broca et poser les conclusions suivantes :

1° Les complications cérébrales ou infectieuses des vieilles suppurations de l'oreille sont très fréquentes : méningite chez l'enfant; abcès et phlébite des sinus chez l'adulte.

2° Les données des ouvrages classiques ne permettent que difficilement de poser un diagnostic précis de ces complications cérébrales.

3° Il est nécessaire de faire le traitement préventif de ces complications par le traitement énergique et chirurgical des suppurations de l'oreille.

4° L'ouverture de l'antre et de la caisse, alors même qu'elle devrait rester exploratrice, a une importance capitale.

Interventions décompressives dans les affections non traumatiques de l'encéphale.

M. Chipault. — Les opérations palliatives dans la chirurgie cérébrale sont toutes des opérations décompressives. Au premier rang de ces opérations se place la trépanation. Des expériences faites sur le chien, en commun avec Bracquehaye (de Bordeaux), nous ont montré que dans la trépanation sans ouverture de la dure-mère, la décompression est aussi profonde que si l'on incise cette membrane. La section de la dure-mère est un facteur de gravité indiscutable.

Quant à la ponction ventriculaire, je ne la pratique pas parce qu'elle est grave et ne donne pas de résultats appréciables; je la remplace par la ponction lombaire, peu grave et qui donne la décompression cherchée.

Pour la phlébite des sinus et la pyohémie, l'ouverture et le drainage des sinus avec ligature de la jugulaire (résection suivant les cas) est le traitement de choix.

Orthopédie vertébrale opératoire.

M. Chipault. — Dans la chirurgie vertébrale, les opérations sont rarement indiquées; il y en a une cependant que j'ai déjà pratiquée dix fois pour remédier à la déformation de la colonne vertébrale. C'est la ligature apophysaire en huit de chiffre, faite avec un fil d'argent sous chloroforme, la colonne étant remise en bonne position. Cette opération, qui a toujours été suivie de guérison, n'a jamais exigé plus d'un quart d'heure; j'ai toujours obtenu de bons résultats; toutefois, dans un cas, le fil a coupé les apophyses. Si la colonne devenait trop rigide par le fait de la ligature, on en serait quitte pour l'enlever; elle ne serait alors que temporaire.

Ce n'est pas là une méthode exclusive du traitement des cyphoses, qui, dans la majorité des cas, ne sont justiciables que des exercices musculaires et des corsets. La ligature est un traitement d'exception; elle doit être complétée par l'immobilisation.

Chirurgie du crâne.

M. Doyen (de Paris) présente les instruments dont il se sert pour ouvrir la boite crânienne, notamment pour pratiquer la résection temporaire du crâne. Avec cette opération, la mortalité n'est à craindre que chez les sujets atteints de lésions par elles-mêmes mortelles.

M. Doyen a opéré un confrère qui était dans le coma; les pulsations n'étaient plus que de 46 par minute. L'opération a pu être faite sans anesthésie. Elle a permis de constater une encéphalite généralisée. Dès qu'elle fut pratiquée, le pouls remonta à 86. Le malade est actuellement en convalescence.

Dans un cas d'épilepsie jacksonnienne, M. Doyen a enlevé tout le centre moteur du bras.

Le total des opérations de cette nature s'élève à quarante. On a obtenu des améliorations chez les idiots et chez les épileptiques. Chez ces derniers, on a assisté à un certain nombre de crises violentes, le cerveau mis à nu, et constaté que la paralysie vasculaire et la congestion de l'encéphale précèdent de quelques instants le choc apoplectique, et sont tellement intenses que le cerveau, violacé et énorme, tend à jaillir hors du crâne.

M. Chipault (de Paris). — Je tiens à déclarer que j'ai fait facilement et rapidement des trépanations

très étendues avec le classique appareil instrumental, qui permet toutes les interventions.

M. Demons (de Bordeaux). — J'ai opéré avec l'ancien outillage et avec celui de M. Doyen, et je suis obligé d'avouer que ce dernier a une supériorité incontestable, par la facilité et la sûreté qu'il donne.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1896

M. Cadiot, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, lit un travail fort important intitulé : *Contribution à l'étude de la tuberculose des petits animaux :*

« Jusqu'en ces dernières années, la tuberculose du chien a été considérée comme très rare, parce qu'on la confondait avec d'autres affections : on prenait pour de la pneumonie chronique les localisations pulmonaires, ou pour du cancer les autres lésions, notamment celles du foie, des séreuses et des ganglions. Contrairement à l'opinion encore répandue aujourd'hui, la tuberculose, chez le chien, est beaucoup plus commune que le cancer généralisé. Dans les nécropsies que j'ai pratiquées, plusieurs fois j'ai trouvé des séries de 10, 15, même 20 cas de tuberculose pour un seul de la forme infectieuse du cancer.

« Depuis 1891, j'ai observé et autopsié dans mon service, à l'école d'Alfort, 205 chiens tuberculeux. Sur 140, les viscères thoraciques et abdominaux étaient envahis; sur 53, les lésions étaient circonscrites aux organes thoraciques, et, sur 12, aux organes abdominaux. Les poumons étaient affectés dans 150 cas et le foie dans 119. La pleurésie est un accident fréquent; elle a été rencontrée 90 fois. Et autant elle est commune sur les chiens tuberculeux, autant elle est exceptionnelle sur ceux qui ne le sont pas. Le relevé de mes 50 dernières observations de pleurésie chez le chien montre la tuberculose en cause 41 fois, soit dans 82 % des cas, proportion à peu près semblable à celle établie pour l'homme, et qui peut être citée à l'appui de la doctrine défendue par M. Landouzy.

« Les chiens tuberculeux répandent surtout le contage par leur écoulement nasal; mais il en est qui le disséminent aussi par leurs excréments, par leurs urines, et par des lésions externes dont on méconnaît la spécificité.

« Sur 14 de mes malades, j'ai constaté des plaies tuberculeuses. C'est la région cervicale qui en est le siége électif; douze fois elles occupaient la gorge ou la partie antéricure du cou. Il ne s'agissait pas de lésions cutanées primitives, mais de fistules d'origine lymphatique dont le pus était parfois assez abondant et riche en bacilles.

« Sur 9 chats tuberculeux que j'ai examinés, 2 étaient également atteints de lésions externes suppurantes. L'un était porteur d'une fistule cervicale, et l'autre d'une large plaie du nez et de la face simulant un cancroïde ulcéré.

« Les lésions tuberculeuses externes sont particulièrement fréquentes chez les psittacés. Or, au cours de nos recherches sur les tuberculoses, nous avons, MM Gilbert, Roger et moi, donné la preuve que, inoculée à divers animaux, la tuberculose de ces oiseaux se comporte absolument comme la tuberculose des mammifères; que les caractères histologiques des lésions de ces tuberculoses sont semblables; que la tuberculose des mammifères, en général inoffensive pour les gallinacés, s'inocule très facilement aux psittacés ; enfin, nous avons fait connaître des cas authentiques de transmission de la tuberculose de l'homme à la perruche. Ces bacilloses étant identiques, les ulcères tuberculeux externes des perroquets et des perruches constituent évidemment, tout comme ceux du chien et du chat, des foyers d'infection qui peuvent être dangereux pour l'homme. »

— M. Reynier fait ensuite une communication sur les *accidents de la chloroformisation* et *l'influence de divers états pathologiques* sur la production de ces accidents. M. Reynier, qui est resté fidèle au chloroforme, pense qu'il faut, avant de le donner, examiner soigneusement le malade. Ainsi les alcooliques peuvent présenter sous le chloroforme des accidents qui rappellent l'ivresse alcoolique; quelquefois, ce sont de véritables accès de *delirium tremens;* l'hystérique peut être atteint d'attaques, depuis les plus légères jusqu'à la grande attaque suivie de contractures; les épileptiques peuvent avoir des attaques épileptiques franches ou partielles. Chez les morphinomanes, les effets sont différents suivant que la morphine a chez eux une action excitante ou une action déprimante; dans le premier cas, la période d'excitation est plus longue, dans le second, il faut craindre les attaques syncopales.

En somme, la cellule nerveuse excitée par le chloroforme réagit suivant son mode habituel de réaction.

Ce n'est pas seulement au début que se montrent ces sortes d'accidents. On les retrouve au réveil. A ce moment, les cellules nerveuses repassent en sens inverse par les mêmes phases qui avaient marqué leur envahissement par l'anesthésique.

L'alcoolique, au réveil, se débat ou a un délire loquace, auquel succède l'abrutissement. L'hystérique a des crises d'hystérie convulsives ou syncopales. Ces dernières, si on n'est pas auprès de la malade, peuvent offrir un certain degré de danger, moins grand, il est vrai, que pendant la chloroformisation. Si on adjoint au chloroforme certaines autres substances, cette syncope peut être très grave. D'où l'obligation de ne jamais quitter un malade qui a été chloroformisé, avant qu'il n'ait complétement repris connaissance.

— *Lecture de rapports.* — M. Brouardel lit un rapport sur les Mémoires présentés pour le *Prix Herpin.*

M. Chauveau lit un rapport sur les Mémoires présentés pour le *Prix Pourrat.*

M. Grancher lit un rapport sur les Mémoires présentés pour le *Prix Monbinne.*

M. Duguet lit un rapport sur les mémoires envoyés à la *Commission des épidémies.*

M. Magnan lit un rapport sur les Mémoires présentés pour le *Prix Chateauvillard.*

M. Strauss lit un rapport sur les Mémoires présentés pour le *Prix Alvarenga.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le traitement des kystes séreux congénitaux du cou fait l'objet d'un rapport de M. Walther, à propos d'un travail de M. Verchère.

L'observation qui en est le point de départ est la suivante : C'est à six mois que l'enfant fut présenté à M. Verchère; à ce moment la tumeur était petite, mais six mois plus tard, le volume en avait beaucoup augmenté et elle produisait des accidents de compression; il fallait agir.

M. Verchère commença par une ponction qui fit cesser les accidents; mais le liquide se reproduisit, et M. Lannelongue conseilla l'extirpation. Une incision le long du bord sterno-mastoïdien fit arriver sur la tumeur, qui fut libérée et bientôt ouverte par le bistouri. Le doigt, introduit dans l'incision, permit de reconnaître des poches secondaires, une notamment qui pénétrait derrière la trachée, en dedans de la tumeur, tapissait les gros vaisseaux, et même en bas, une poche secondaire pénétrait dans le médiastin.

La poche dut être marsupialisée. Les suites furent simples et la cicatrisation fut complète au bout de quelques mois.

Partant de là, M. Verchère préconise l'extirpation partielle avec marsupialisation contre l'ablation totale de la poche. M. Walther estime que l'extirpation totale peut être néamoins soutenue.

Les adhérences aux gros vaisseaux sont très variables; très souvent, il est facile de les disséquer; il n'existe donc pas de contre-indication à l'ablation. Du reste, dans les cas où l'extirpation a été faite, il n'est pas noté d'hémorragies graves.

Quant aux poches secondaires, il est certain qu'on peut, par la cavité ouverte de la tumeur principale, les ouvrir; mais pas cependant ces petites tumeurs en grappe, qu'il est très difficile de reconnaître avec le simple toucher.

M. Quénu adopte l'avis de M. Walther. Il est certain que lorsque les kystes congénitaux ne sont pas enlevables, il ne faut pas les extirper; mais quand on peut les disséquer, il faut le faire. Il est de ces kystes qui ont un revêtement dermoépidermique, et si on n'enlève pas ce revêtement, la cicatrisation n'arrive pas. M. Quénu s'est trouvé en face d'un cas semblable tout dernièrement, et malgré les rapports avec les vaisseaux. Il a fait l'extirpation.

M. Kirmisson est aussi de l'opinion de M. Walther. Il est cependant certain que ces tumeurs peuvent réserver des surprises, et à ce propos, M. Kirmisson cite un cas de kyste congénital énorme, dans lequel il a été obligé de laisser une poche médiastine qui a été drainée, et le malade a guéri. Il ne faut pas confondre les kystes séreux avec les kystes dermoïdes, analogues à celui dont a parlé M. Quénu.

M. Quénu répond qu'il existe des kystes qui tiennent le milieu entre le kyste séreux et le kyste dermoïde.

— La discussion sur le *traitement du prolapsus du rectum* reprend avec M. Schwartz, qui cite deux cas dans lesquels il a suivi le procédé de M. Marchant. Une première malade, revue longtemps après, était parfaitement guérie; à peine y avait-il une petite saillie de la muqueuse, et de plus, le sphincter, qui était absolument impotent, était susceptible de bien retenir les matières. Revue une seconde fois, il y a quelques jours, c'est-à-dire trois ans après l'accident, la guérison était encore complète. Dans ce cas comme dans le suivant, la rectococcypexie avait été suivie d'une périnéorraphie.

M. Nélaton termine la discussion en rappelant qu'il n'est pas question de son procédé pour les petits prolapsus. Du reste, son malade est mort.

— M. Monod prend la parole sur le traitement des *perforations dans la fièvre typhoïde*. Il s'agit d'un homme pris dans la nuit d'une péritonite par perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde. Le malade était assez résistant pour supporter l'intervention, et M. Monod pratiqua la laparotomie. Il y avait du pus dans le péritoine et une perforation sur une anse grêle voisine du cæcum; elle fut suturée, ainsi qu'un autre point suspect. Lavage du péritoine à l'eau stérilisée chaude, et drainage du ventre. Le malade alla mieux vingt-quatre heures, mais succomba quarante-six heures après l'opération.

Leyden, le premier, intervint dans la fièvre typhoïde, en 1884. Lucke, en 1887, opéra aussi, et dans un travail paru sur le sujet, on cite 11 cas avec 11 morts. Dans un travail anglais, sur 18 cas, on cite 4 guérisons. Lejars, dans un travail récent, sur 26 cas arrive à 7 guérisons, mais dont 3 sont seulement sûres.

M. Monod a pu rassembler 32 cas avec 5 guérisons, mais dans ces 5 guérisons, 2, dues à Murphy et à Hill, ne sont pas certaines. Une autre, due à Wagner, n'est pas bien sûre non plus. Restent 2 guérisons incontestables.

M. Monod conclut à la nécessité de l'intervention sur des sujets qui sont perdus et chez lesquels l'opération est la seule chance de succès.

C'est la laparotomie médiane qui doit être pratiquée. L'anus contre nature, dans certains cas, pourra être fait. Faut-il faire un lavage du péritoine? Oui, répond M. Monod, car il n'y a pas à craindre de généraliser une péritonite qui l'est déjà. Le drainage doit être certainement pratiqué, et il ne faut pas tenter à faire des injections intra-veineuses de sérum.

***

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1896

Suite de la discussion sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation intestinale dans la fièvre typhoïde (MM. Brun, Terrier, Monod).

Rapport sur le traitement chirurgical des otites moyennes chroniques (M. Moure), par M. Peyrot.

Communication :

1° Sur un cas de carcinome primitif du foie, par M. Segond;

2° Sur la valeur de l'amputation du pied par le procédé de Syme, par M. Patherat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1896

M. Achard a observé chez un phtisique ayant 10 grammes d'albumine par litre d'urine, la *lactescence du sérum*, comme dans les faits cités récemment par MM. Widal et Sicart. Avec M. Lannelongue, dans les recherches qu'ils ont faites sur les infections à *Proteus*, ils ont pu obtenir aussi un cas analogue : un lapin, sacrifié quatre mois et demi après l'inoculation, présentait des lésions rénales et une forte albuminurie. Mais ce fait n'est pas général et le sérum était limpide chez plusieurs animaux infectés de même et albuminuriques.

M. Achard croit qu'on peut rapprocher de ces cas un fait d'ascite laiteuse non chyleuse, qu'il a observé l'an dernier. Ce liquide renfermait des albumines en abondance : globuline et nucléo-albumine. L'état lastescent paraissait dû à d'innombrables granulations très fines et albumineuses.

Depuis sa dernière communication, M. Widal a observé, avec M. Sicard, deux nouveaux faits : dans l'un, le sérum était opalescent; dans l'autre, lactescent. Ce dernier malade avait d'une façon permanente 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.

M. Variot a observé plusieurs fois le phénomène de la lactescence du sérum chez des animaux, en particulier chez des chiens auxquels il injectait du sérum antidiphtérique. Mais ces animaux buvaient beaucoup de lait. Aussi M. Variot se demandait-il si la lactescence tenait au

régime ou au sérum antidiphtérique. M. WIDAL fait remarquer que le sérum des chiens est souvent lactescent, surtout pendant la digestion.

— M. LE GENDRE rapporte ensuite un fait de *kyste dermoïde évacué spontanément par la vessie*. Il s'agit d'une malade qui entra à l'hôpital, présentant des phénomènes généraux qui avaient fait penser à une fièvre typhoïde; l'affection datait d'un mois. Bientôt se montrèrent des signes de cystite et de péricystite : urines purulentes, fétides, pas d'hématuries. On pensa qu'il s'agissait peut-être d'une cystite post-éberthienne, et l'on fit l'épreuve du séro-diagnostic ; le résultat fut négatif.

Quelques semaines après son entrée à l'hôpital, cette malade expulsa tout à coup une grande quantité de liquide contenant une membrane constituée par un putrilage extrêmement fétide qui fut reconnu au microscope comme constitué par de la matière sébacée et par un feutrage de cheveux. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde ouvert dans la vessie. La malade fut transportée dans un service de chirurgie, où l'intervention montra que ce kyste était situé en arrière de la vessie, à laquelle il adhérait ainsi qu'à l'intestin.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Influence des repas, de l'exercice physique, du travail intellectuel et des émotions sur la circulation capillaire de l'homme. — Note de MM. A. BINET et J. COURTIER.

Nos expériences, continuées pendant deux ans, ont été pratiquées sur une vingtaine de sujets des deux sexes, de tout âge et de toute condition. Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1° Le pouls capillaire, pris d'heure en heure, pendant vingt-quatre heures, subit, dans la forme de la pulsation, des changements continus, d'une régularité parfaite, qui concordent avec ceux des autres jours, enregistrés aux mêmes heures. Sous l'influence des repas, le pouls capillaire augmente d'amplitude, la ligne d'ascension est plus rapide, le sommet devient plus aigu, la ligne de descente devient plus rapide, le dicrotisme est placé plus bas sur la ligne de descente et sa forme s'accentue. A mesure que le repas s'éloigne, le pouls se rapetisse, ses lignes de montée et de descente se ralentissent, le sommet s'émousse, le dicrotisme remonte et s'amollit. A sept heures du soir, chez certains sujets, le pouls capillaire est filiforme. Les modifications du pouls capillaire, au cours de vingt-quatre heures, se font dans le même sens que celles de la respiration (vitesse et amplitude), du cœur (vitesse du pouls) et de la température du corps (enregistrée à la main, à l'aisselle ou à la bouche); d'une manière générale, le pouls ample, à dicrotisme accentué et placé bas, coïncide avec la vitesse du cœur et de la respiration, et une température élevée du corps.

Néanmoins, la circulation capillaire présente un certain degré d'indépendance par rapport à la température du corps et notamment de la main, et il n'est pas rare d'observer, d'une heure à une autre, un accroissement de la circulation capillaire (une augmentation de force de la pulsation, entendue dans le sens où nous venons de la définir, c'est-à-dire avec accentuation et abaissement du dicrotisme) coïncidant avec un abaissement de température. Les modifications du pouls capillaire s'accompagnent de modifications équivalentes du pouls radial et carotidien.

2° L'exercice physique généralisé, sous la forme de marche, amène un abaissement et une accentuation du dicrotisme, ainsi que les autres caractères de la pulsation forte; parfois le pouls se rapetisse, ce qui provient vraisemblablement, en partie, d'un réflexe de constriction provoqué par le froid qui résulte de l'évaporation de la sueur; mais les autres caractères de la pulsation forte subsistent. Un effort musculaire violent, une attitude fatigante maintenue pendant plusieurs minutes, une faradisation violente des muscles du bras; bref, un travail physique localisé et amenant une sensation de fatigue profonde, produit une atténuation du dicrotisme qui remonte vers le sommet de la pulsation : celle-ci peut, selon les cas, grandir ou diminuer d'amplitude; le caractère essentiel, est l'atténuation et le déplacement vers le haut du dicrotisme, qui constitue, selon nous, le pouls capillaire de fatigue.

3° Le travail intellectuel produit des effets bien différents, suivant qu'il est modéré ou intense, court ou long. Le premier effet de la fixation de l'attention est une vaso-constriction réflexe; il y a, en outre, une accélération du cœur, une accélération de la respiration (avec amplitude et suppression de la pause expiratoire) et souvent des ondulations vaso-motrices. Cet ensemble de phénomènes, assez bien marqué dans un travail intense (calcul mental compliqué), constitue la phase d'excitation du travail intellectuel; la phase de dépression qui peut se produire, soit à la fin du travail intellectuel, soit pendant tout le feu de ce travail, comprend un ralentissement du cœur, un ralentissement de la respiration, et surtout un amollissement du dicrotisme de la pulsation capillaire, amollissement dont nous avons fait le signe de la fatigue. Un surmenage intellectuel violent (par exemple répéter huit chiffres de mémoire, chaque dix secondes, sans se reposer, pendant quinze minutes) provoque un agrandissement très net de la pulsation capillaire, avec atténuation du dicrotisme. Un travail intellectuel plus modéré, mais continué pendant plusieurs heures et amenant une certaine lassitude, provoque un ralentissement du pouls, de la respiration, et une circulation capillaire languissante, avec pouls petit, dicrotisme faible et passé haut, ligne d'ascension et de descente très lentes.

ÉCHOS & NOUVELLES

Mutations dans les hôpitaux. — M. Barth passe à Necker; M. de Beurmann, à Saint-Louis; MM. Oulmont, à la Charité; Brocq, à Broca; Comby, aux Enfants; Richardière, à Trousseau; Galliard, à Laennec; Delpeuch, à Cochin; Le Gendre, à Saint-Antoine; Bourcy, à Broussais; Marfan, à Debrousse; Béclère, Girandeau et Achard, à Tenon; Widal, à la Maison Dubois; Lebreton, à Sainte-Périne; Thoinot, aux Ménages.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

A NOS ABONNÉS

L'Union médicale touche à la fin de sa cinquante et unième année. Au cours de cette longue carrière, elle a subi des vicissitudes, changé de forme, d'éditeurs, de rédacteurs en chef; elle n'a pas varié dans sa ligne de conduite, et a toujours suivi la voie droite où l'avaient engagée ses fondateurs, Amédée Latour, Richelot, Aubert Roche, où l'a maintenue pendant quarante-cinq années son premier gérant, le Dr Richelot.

Ce nom vénéré et celui de l'*Union médicale* ont semblé inséparables. Bien qu'entraîné sans cesse loin du journalisme, j'ai tenu à faire durer cette alliance; et quand il m'a fallu renoncer, faute de temps, à m'occuper directement d'impressions, de corrections d'épreuves et de nouvelles médicales, des auxiliaires dévoués et d'éminents écrivains ont mis leur talent au service d'une œuvre dont les premiers soutiens avaient peu à peu disparu.

Je donne ici un respectueux souvenir à la mémoire de Jules Rochard, qui a été l'ami de mon père et qui a voulu, après lui, servir encore l'*Union médicale*. Je remercie cordialement tous mes collaborateurs de ces dernières années; Richardière, dont le nom et les travaux honoraient nos colonnes; Eugène Rochard, à qui n'a manqué, pour être un rédacteur en chef de premier ordre, que d'avoir à diriger un journal plus jeune.

J'abuserais de leur amitié et de leur dévouement si je leur demandais de continuer plus longtemps une publication dont mes occupations m'éloignent et à laquelle je deviens tous les jours plus étranger.

L'Union médicale cessera de paraître à la fin de cette année. En terminant sa carrière, elle adresse un adieu reconnaissant à ses vieux abonnés, à ses lecteurs fidèles, et leur demande de garder pour les hommes qui l'ont dirigée en commun les sentiments d'estime et de bonne confraternité qu'elle avait à cœur de leur inspirer. Un journal qui finit, c'est une forme qui disparaît; mais les hommes et leurs pensées restent unis après qu'elle a disparu.

Cette union persistera surtout, si nos lecteurs veulent bien reporter sur le *Bulletin médical* les sympathies qu'ils nous ont si longtemps témoignées. Ils trouveront dans ce journal, dont la réputation n'est plus à faire et où je ne compte que des amis, l'inspiration de maîtres éminents et tout ce que les plus exigeants peuvent demander aujourd'hui au journalisme médical : leçons cliniques, travaux originaux, revues, compte rendus des principales Sociétés, étude attentive des questions d'intérêts professionnels, informations rapides, etc.

L'un des directeurs scientifiques du *Bulletin médical*, M. le professeur Lannelongue, préside avec le dévouement et l'esprit d'initiative que l'on sait l'*Association générale des médecins de France*. C'est un motif de plus pour que l'*Union médicale* qui fut, depuis les origines, l'organe officiel de cette vaste fédération confraternelle, invite ses abonnés à donner au *Bulletin médical* le concours bienveillant que nous avons toujours trouvé chez eux et qui reste un de nos plus précieux souvenirs.

L.-GUSTAVE RICHELOT.

Paris, le 27 novembre 1896.

Monsieur et cher confrère,

Nous nous ferons un plaisir de vous adresser, jusqu'en janvier prochain, le *Bulletin médical*, afin que vous puissiez juger s'il mérite l'application très flatteuse et très honorable pour nous, exprimée dans la lettre incluse de M. le Dr Richelot.

Si votre jugement nous est favorable, nous espérons vous compter en 1897 parmi nos abonnés. Vous retrouverez au *Bulletin* non seulement les traditions qui ont fait pendant plus d'un demi-siècle l'honneur et la renommée de l'*Union médicale*, mais encore ses trois principaux rédacteurs actuels, MM. Richelot, Richardière et Rochard, qui étaient déjà pour nous des amis, et qui veulent bien devenir des collaborateurs.

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

LA RÉDACTION DU *Bulletin médical*.

Paris, le 27 novembre 1896.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Séquestres énormes de la fosse nasale gauche; syphilis antérieure; impossibilité d'extraction de ces séquestres par les voies naturelles et après l'opération de Rouge; opération d'Ollier; extraction immédiate de deux gros séquestres ; guérison, par les Drs E. Rochard, chirurgien des hôpitaux, et A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière (1).

La nommée B..., âgée de trente-trois ans, est entrée dans le service le 25 avril 1895, après s'être présentée à la consultation pour une affection nasale déterminant de l'obstruction de la fosse nasale gauche, une rhinorrhée presque continuelle, un mal de gorge constant et une fétidité insupportable de l'haleine.

Voici l'histoire de notre malade.

Orpheline très jeune, elle fut atteinte avant la puberté de diverses maladies : la rougeole à quatre ans, la fièvre typhoïde à onze ans. Elle était réglée à douze ans, et c'est à l'âge de quinze ans qu'elle contracta la syphilis, qui fut soignée pendant huit mois. Elle présenta alors les manifestations ordinaires du début de la maladie : syphilides de la peau et des muqueuses ; et huit ans avant son entrée à l'hôpital, elle souffrit d'abcès dentaires multiples; elle fut alors soignée par le professeur Fournier, qui diagnostiqua, nous dit-elle, une gingivite chronique.

Il y a cinq ans elle vint, dit-elle, à la consultation de l'hôpital Lariboisière, pour se faire traiter d'une fétidité prononcée de la bouche et du nez. Elle n'avait jamais eu d'épistaxis, et elle ne présentait aucun trouble de la déglutition. A ce moment, pas de douleurs dentaires, qui se produisirent un peu plus tard et nécessitèrent l'extraction de quelques dents.

La malade mouchait beaucoup de pus. Elle ne fut soignée alors pour aucune affection chronique des os, autre que celle des fosses nasales et, du reste, elle ne porte actuellement aucune cicatrice caractéristique d'une affection tertiaire de la peau ou des muqueuses.

Au moment de son entrée à l'hôpital, son état général est très satisfaisant; elle ne se plaint que de l'obstruction nasale à gauche, de moucher beaucoup de pus très fétide, et de maux de tête fréquents. Aucune déformation de la face et du nez, dont la charpente osseuse extérieure est normale.

A la rhinoscopie antérieure, au moyen du spéculum, on voit au bout de ce dernier, entre le cornet inférieur et la cloison, une tumeur noirâtre, très fortement enclavée entre les parties, très dure au toucher, et oblitérant entièrement la fosse nasale gauche. Le stylet révèle non seulement une dureté excessive et une immobilité presque complète de la tumeur.

Dans l'autre fosse nasale, rien d'anormal. Malgré les antécédents de la malade, en raison de l'absence de toute autre manifestation et surtout en raison de l'intégrité remarquable du cornet inférieur, dans la partie que l'on peut voir, et de la cloison à sa partie antérieure, nous pensâmes à la possibilité d'un rhinolithe ancien et, nous essayâmes d'extraire la tumeur soit avec une pince, soit surtout avec des crochets que nous faisions pénétrer en arrière de la tumeur mais aucune tentative ne réussit; au bout de quelques séances, nous avions déterminé un peu de mobilité, mais chaque tentative était accompagnée d'une douleur atroce et d'un épanchement sanguin abondant.

En même temps que ce traitement local, nous prescrivîmes à la malade le traitement spécifique direct, c'est-à-dire deux cuillères à soupe de sirop de Gibert.

Après un certain nombre d'autres tentatives, la tumeur prit un peu plus de mobilité, mais nous ne réussîmes pas plus dans ce second effort; le toucher du rhino-pharynx nous montra, du reste, que la tumeur était voisine de l'ouverture postérieure des fosses nasales, ce qui nous explique son volume inusité et la raison de l'échec de nos tentatives d'extraction. Nous ne pûmes non plus réussir à la briser au moyen d'instruments spéciaux, et je me décidais à tenter l'opération Rouge pour augmenter le champ d'exploration et faciliter l'extraction de la tumeur. Cette opération fut pratiquée par mon interne, M. Ripault, actuellement médecin spécialiste à Dijon. Cette opération, faite facilement après anesthésie de la malade, nous permit de voir que la tumeur affectait quelques adhérences avec le plancher des fosses nasales et la partie postérieure de la cloison; toutefois l'opérateur, malgré toute sa patience et son habileté, ne put arriver à détacher que des fragments peu considérables de la tumeur; il ne put arriver, même à l'aide de pinces très puissantes, qu'à extraire des fragments peu considérables de la tumeur. Aussi, dès que la malade fut guérie de cette opération, nous ne songeâmes plus qu'à trouver un autre moyen d'arriver à l'extraction d'une tumeur aussi volumineuse, et nous priâmes M. Rochard, chirurgien des hôpitaux, de pratiquer l'opération d'Ollier.

Note du Dr Rochard

Le 9 juillet, la malade passe du service de M. Gouguenheim dans celui de M. Périer, et le 17 juillet,

(1) Extrait des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*

l'opération de Rouge n'ayant pas donné une voie suffisante, je pratiquai, en présence de M. Gouguenheim, la résection temporaire du nez, suivant le procédé indiqué par Ollier.

Incision en U, passant dans les sillons naso-geneux et sur les os propres ; section à la scie des os propres du nez et rabattement de l'auvent nasal sur la bouche, autour des insertions des ailes du nez, comme charnière.

Cette brèche permet l'exploration digitale, qui reconnait facilement la destruction de la cloison. L'index rencontre un premier séquestre placé dans la même situation que le premier, mais du côté opposé. Ce séquestre est libre et peut être facilement extirpé comme le premier. Ces deux portions osseuses nécrosées ont du reste à peu près le même volume et la même forme. Elles sont irrégulières, épaisses, et ne ressemblent à aucune des parties osseuses des fosses nasales.

Ces deux séquestres sont noirâtres, et quoiqu'il ait été impossible de se rendre un compte exact par le toucher du point où ils avaient pris naissance, ils semblent provenir du plancher des fosses nasales, et pourtant il n'existe aucune perforation de la voûte palatine.

Après un lavage soigné des fosses nasales et une compression maintenue quelque temps pour arrêter l'écoulement sanguin qui a suivi toutes ces manœuvres, l'auvent nasal est remis en place et maintenu dans sa situation normale à l'aide de sutures au crin de Florence.

Un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la ligne d'incision, et on prescrit des lavages boriqués dans la cavité des fosses nasales.

Les jours suivants, il se produit une petite suppuration au niveau des points de suture supérieurs ; mais cette suppuration se tarit bien vite pour donner lieu à une cicatrice solide.

La consolidation osseuse se fait en même temps, et le 20 août, la malade, guérie de son intervention, est repassée dans le service de M. Gouguenheim, d'où elle ne tarde pas à sortir.

Deux mois après l'opération pratiquée par M. le Dr Rochard, nous eûmes l'occasion d'examiner la malade, et voici ce que l'examen rhinoscopique antérieur nous permet de voir :

Les fosses nasales sont entièrement désobstruées, et il est aisé de voir que la cloison en arrière est le siège d'une perforation d'une certaine étendue.

La face externe des fosses nasales est peu modifiée dans son aspect extérieur. Le cornet inférieur est intact dans sa partie antérieure ; mais en arrière, il y a un enfoncement où la muqueuse est épaissie, sans qu'on puisse percevoir une résistance osseuse dans la profondeur ; nous en disons autant du cornet moyen. On aperçoit à la place de cet os un véritable bourrelet muqueux facile à diagnostiquer au moyen du stylet. Le nez du malade n'est pas déformé ; la plaie faite par le chirurgien s'est fort bien cicatrisée.

D'où pouvaient donc venir les deux séquestres énormes extraits par le chirurgien? C'est ce que la cicatrisation parfaite des diverses parties des fosses nasales nous permettait difficilement de voir, et ce résultat de notre exploration n'avait pas été notre moindre surprise.

Il n'en ressort pas moins de l'observation que nous venons de publier que la syphilis peut produire dans les fosses nasales des séquestres d'une taille démesurée, ce qui n'est pas la règle habituelle, et que les séquestres, dans ces conditions, ne peuvent être extraits par les voies naturelles, que leur broiement est impossible, et qu'il peut être indispensable pour arriver à l'extraction de semblables masses de recourir à une opération, telle que celle d'Ollier, pour remplir cette indication.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Suite (1).

Du traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon.

M. Delorme (du Val-de-Grace). — Jusqu'ici la décortication pulmonaire a été pratiquée une *vingtaine* de fois, plus souvent à l'étranger qu'en France.

Indications, contre-indications.— Si nous opposons aux observations prises sur le vivant les enseignements tirés des autopsies et consignés surtout depuis un siècle dans nos auteurs, nous voyons qu'observations et descriptions sont concordantes. L'anatomie pathologique, comme la clinique, montre que, tantôt et souvent, la fausse membrane est séparable et le poumon insufflable, que d'autres fois la fausse membrane est très adhérente au poumon, ou que celui-ci n'est pas susceptible de se dilater.

Quelque partisan qu'on puisse être de l'operation, ces données imposent cette rigoureuse conclusion : que la valeur de la décortication est toute entière liée à son opportunité, au soin que l'opérateur aura mis à saisir son indication formelle : une membrane

(1) Voir les nos 44 à 47 de l'*Union medicale*.

décollable, un poumon perméable, mais surtout une membrane décollable, puisqu'un poumon primitivement non insufflable peut ultérieurement se dilater. Il est donc de l'intérêt du patient, de l'opérateur et de l'avenir de la méthode, que cette indication si nette soit recherchée.

Or, est-il possible, à l'heure actuelle, sur un malade présentant une vaste cavité d'empyème chronique, d'établir cette indication en se basant sur les anamnestiques ou sur des signes extérieurs? Malheureusement non. Et sans entrer dans une discussion, je dirai que ni la durée de la maladie, ni son étiologie, ni sa nature, ni les résultats de l'examen bactériologique, ni même ceux fournis par l'auscultation, ne peuvent donner des éléments d'information suffisants.

Nous n'avons qu'un moyen de nous renseigner : c'est *d'aller droit à la membrane et au poumon*, et d'explorer *de visu*.

On est d'autant plus autorisé à faire cette thoracotomie exploratrice qu'elle constitue ici le premier temps d'une opération (décortication, Estlander modifié) que l'état du malade impose.

La membrane incisée, au besoin en plusieurs points, successivement, *se sépare* ou ne *se sépare pas*. Dans le dernier cas, on transforme l'opération. Dans le premier, on continue la décortication alors même que le poumon atélectasié ne reviendrait pas d'emblée à sa place, car rien ne dit que débarrassé de sa coque encapsulante et remis en valeur, il ne puisse ultérieurement se dilater en partie ou en totalité.

On abandonnerait l'opération à cause de ses dangers, si le poumon, perméable en quelques points, était farci de cavernules tuberculeuses *superficielles*.

Dans ces précieuses limites, je crois que la décortication, qui ne fait pas courir de risques notables à l'opéré, et qui lui offre le si précieux avantage de lui redonner tout un poumon, est gardée à la place qu'elle mérite dans la thérapeutique des empyèmes chroniques, dont la cure, vous le savez, est actuellement si déconcertante pour le chirurgien.

Technique. — Avant l'intervention, il devient indispensable de désinfecter, pendant plusieurs jours, par de grands lavages à l'eau bouillie mêlée d'alcool, d'acide borique, de permanganate, etc., c'est-à-dire d'antiseptiques non toxiques, de désinfecter la cavité étendue et anfractueuse de l'empyème. Ces cavités sont, en effet, des réceptacles de pus bleu, parfois de pus putride, qui s'accumulent dans l'angle costo-diaphragmatique. Par ces lavages, on réduit autant que possible les chances d'infection au cours de l'opération, et on simplifie quelque peu le nettoyage de la cavité.

En principe, je suis éloigné des instrumentations spéciales qui ne sont pas absolument imposées. Ici peuvent suffire les instruments ordinaires, ceux qui servent aux excisions costales; des sondes cannelées d'acier, longues, très résistantes, un détache-tendon, une spatule élévatoire pour dégager la membrane; une grande pince amygdalienne droite de Baudens, des pinces à ovariotomie, pour la saisir et l'attirer; des ciseaux à polype pour l'exciser; de grandes pinces hémostatiques, voire les pinces à pédicules, pour arrêter, au besoin, l'écoulement sanguin; des curettes de différentes grosseurs, dont une grosse en forme de cueiller arrondie, à long manche, pour nettoyer les parois de la cavité.

Tous ces instruments doivent être longs, à cause de la profondeur du poumon, presque mousses pour éviter de l'entamer.

La distance qui sépare le poumon de la paroi, la délicatesse qu'impose l'incision de sa membrane d'enveloppe et la mise à découvert de la surface pulmonaire, enfin la gêne que peuvent occasionner l'extension brusque ou les mouvements incessants de lobes libérés qui masquent le champ opératoire, imposent, avant tout, de se donner du jour, beaucoup de jour, si l'on ne veut pas s'exposer à faire une opération incomplète ou dangereuse. Aussi, je reste attaché, jusqu'à nouvel ordre, au volet thoracique sans le faire descendre plus bas que je l'ai conseillé autrefois, ce qui me paraît inutile. Je le crois préférable aux brèches pariétales que laissent l'excision de deux ou trois côtes et l'incision des espaces correspondants. Ces brèches donnent un jour insuffisant.

Pour déterminer le siège du volet thoracique, il faut se guider à la fois sur la position et les dimensions de la poche et sur les adhérences que le poumon a contractées avec la cage thoracique. Les rapports de cet organe avec la paroi, variables suivant les cas, seront toujours, avant la séparation du volet, relevés à la sonde ou au doigt. Pour faciliter l'exploration, on s'aidera, au besoin, d'une résection de la côte supérieure à la fistule. Par cet examen préalable, on évitera la blessure d'un poumon adhérent.

Bien que le schock n'ait pas été habituellement sévère et différent de celui qu'on observe à la suite des opérations d'Estlander, il y a lieu cependant de s'en préoccuper, et, pour le prévenir ou le réduire au minimum, de diminuer, dans toute la mesure du possible, la durée de l'opération et l'hémorragie.

C'est pour atteindre ce but que je laisserais dorenavant la peau adhérente au lambeau ostéo-musculaire, que je dégagerais à la base du volet les côtes intermédiaires par deux courtes incisions transversales répondant, l'une à la deuxième côte supérieure, l'autre à l'avant-dernière; je couperais les côtes su-

périeure et inférieure en m'aidant du tracé de l'incision. C'est pour remplir cette indication que j'exciserais les côtes à la base du lambeau en un temps avec une pince gouge spéciale; c'est encore dans ce but que je proposerais de ne consacrer au nettoyage de la cavité que juste le temps nécessaire et de s'aider surtout de la grosse curette mousse ou de tampons aseptiques au lieu de chercher à disséquer, trop minutieusement, comme certains l'ont fait, la fausse membrane sur le diaphragme et le péricarde, jeu dangereux et inutile.

On ne peut avoir, en effet, la prétention de nettoyer à fond toutes les surfaces et d'aviver toute la paroi pariétale. Aussi, après m'être débarrassé, par de grands raclages, du magma de pus et de granulations fixées à la paroi thoracique, aux surfaces du péricarde, du diaphragme et du poumon, nettoyé le cul-de-sac costodiaphragmatique avec des tampons, et gratté avec attention la place où doit être incisée la membrane enveloppante, je passerais assez vite à ce temps de l'opération.

C'est un des plus délicats, le plus délicat peut-être; aussi les instants passés à l'exécuter bien ne sont-ils pas des moments perdus. La séreuse viscérale, malgré son extrême minceur, est plus résistante qu'on ne pense; conservée, elle protège bien le parenchyme pulmonaire; quand on l'a sectionnée, il est facile de dilacérer ce dernier. L'incision se fera donc avec lenteur, minutie et d'une façon bien progressive.

Dans un endroit bien accessible, la membrane est rayée avec le bistouri plutôt qu'incisée dans une étendue de 2 à 3 centimètres et à une faible profondeur. Cela fait, avec la sonde cannelée ou une curette, on dilacère chaque lèvre de la plaie. Si la couleur gris-bleuâtre du poumon n'est point aperçue, on continue à rayer, puis à dilacérer la coque jusqu'à ce qu'on arrive à la surface lisse du poumon. La sonde cannelée est promenée délicatement contre la face profonde de la membrane parallèlement à elle et, par de légers mouvements de va et vient, en se rapprochant plus de la coque que du parenchyme, on dégage assez cette dernière pour pouvoir engager sous elle la pointe de ciseaux mousses, l'élévatoire ou mieux l'index. Le dégagement se poursuit ensuite avec les doigts et la main, comme je l'ai dit dans ma Communication académique de 1894, que je ne veux pas reproduire ici.

Que si, malgré les précautions prises, on entamait le poumon lors de l'incision de la coque, il serait préférable de se reporter à quelque distance, car, comme je viens de le dire, il est facile et dangereux de pénétrer avec le doigt ou des instruments dans son parenchyme.

Lorsque le poumon, dès les premières tentatives de dégagement à la sonde cannelée, accuse une tendance trop marquée à faire hernie, au lieu de poursuivre sur le même tracé le large dégagement de la membrane, il est peut-être préférable de se reporter plus haut ou plus bas, sur un autre lobe, et de recommencer là la manœuvre de la première incision et du premier dégagement. En préparant ainsi son terrain sur chaque lobe, on évite d'être gêné, pour les incisions ultérieures, par un poumon qui, en imprimant à la membrane d'incessants ou de brusques mouvements, masque le champ opératoire, donne des craintes pour sa blessure et incite le chirurgien à hâter son opération ou à la laisser incomplète.

Si le poumon montrait moins de tendance à la hernie, il va sans dire qu'il y aurait peu d'inconvénients à continuer le dégagement en prolongeant la première incision.

La présence d'une fistule pulmonaire, complication qui n'est pas rare, comporte quelques indications spéciales. Et d'abord, faut-il tenter de l'oblitérer? La réponse ne paraît pas douteuse: elle doit être affirmative. L'air qui s'échappe par la fistule est perdu pour l'expansion du poumon correspondant, et d'un autre côté, si la plaie extérieure guérissait avant la fistule pulmonaire, celle-ci pourrait faire persister le pneumothorax et l'affaissement du poumon.

Il est facile de reconnaître ces fistules soit *de visu*, soit par les bulles d'air qui en sortent et qui éclatent au milieu du sang ou des liquides que renferme la plèvre au cours de l'opération. Ce signe m'a servi chez trois de mes opérés.

Pour les oblitérer, on peut, comme M. Lardy et moi l'avons fait, se contenter d'un avivement périphérique avec une curette de dimensions appropriées. On les ferme encore en embrochant les parties voisines avec une suture à anse unique ou double, au catgut. Un avivement, bien entendu, aurait précédé l'application de la suture. J'ai encore employé ce procédé avec succès (1).

J'aurais encore bien d'autres questions secondaires à soulever, bien d'autres détails à fournir, je me réserve de les publier bientôt.

Je m'arrête, non sans vous engager très vivement à accorder à la décortication pulmonaire la place qu'elle semble mériter et à en continuer l'essai sur ces nouvelles bases.

M. Girard (de Berne) mentionne rapidement deux cas d'empyème où il a employé son procédé.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, malade depuis cinq ans et traité sans succès complet par la thoracotomie et par des résections costales assez larges.

(1) J'en ai parlé au Congrès de chirurgie de 1895.

A son entrée dans le service, le malade portait une fistule conduisant dans une cavité de deux décilitres de capacité.

Lors de l'opération, il trouva la surface pulmonaire recouverte d'un tissu écailleux, très dur, inattaquable à la curette. Il dut l'enlever en le disséquant au bistouri. Dès qu'il l'eut traversé sur un point, le tissu pulmonaire, facilement reconnaissable, fit voussure par l'ouverture. La surface du poumon ayant été libérée, la cavité fut en partie, mais pas complètement, comblée par l'augmentation de volume du poumon.

Le malade sortit du service, malgré le conseil de M. Girard, avant la cicatrisation complète, ayant encore une fistule sécrétant peu et dans laquelle on ne pouvait injecter que peu de liquide.

Le second cas concerne un jeune homme malade depuis six mois, atteint d'un vaste épanchement séreux d'origine tuberculeuse, ponctionné plusieurs fois et ayant fini par suppurer. Lorsqu'il vit le malade, il lui proposa l'opération de Delorme. A l'ouverture de la cavité, il trouva le poumon complètement ratatiné et atélectasique.

Il put avec la curette dégager une partie de la surface du poumon, mais ici il ne vit pas cet organe se développer et augmenter de volume, contrairement à ce qu'il avait observé dans le cas précédent.

Kystes hydatiques du poumon. Pneumotomie.

M. Tuffier (de Paris). — Un médecin des îles Canaries vint me demander au mois de mai dernier de le débarrasser d'un kyste du poumon dont les premiers accidents dataient de deux ans. C'était un homme encore assez robuste qui, deux ans auparavant, avait été pris de tous les signes d'une tuberculose au début, avec poussées d'épanchement pleural à la base du poumon droit. Après une fatigue, le malade fut pris de violentes douleurs intrathoraciques et expectora des crachats sanguins mélangés à quelques membranes hydatiques. L'expulsion de petites vésicules entières continue les jours suivants. Le diagnostic de kyste s'imposait, mais les avis différaient sur le siège de la tumeur; tous admettaient l'existence d'adhérences pleurales, consécutives aux poussées pleurétiques antécédentes.

Opération le 27 mai 1896. (Chloroformisation.) Je pratique sur le bord postérieur de la ligne axillaire une incision oblique de 15 centimètres affleurant en haut la dixième côte; j'ouvre la séreuse péritonéale et j'explore la face convexe du lobe droit que je trouve normal, je ferme la séreuse très soigneusement. Au cours de cette incision, la séreuse, qui débordait largement la douzième côte, est ouverte et une quantité notable d'air pénètre dans sa cavité, l'orifice pleural est fermé par quelques points de suture. Le kyste ne pouvant être que pulmonaire, je prolonge mon incision jusqu'à la septième côte, j'ouvre le neuvième espace intercostal, je pratique le décollement pleuro-pariétal et je constate que l'exploration du poumon est impossible parce qu'il existe une couche d'air dans la plèvre et que les deux feuillets pleuraux sont largement écartés. Je résèque alors 8 centimètres des neuvième et dixième côtes, j'ouvre la plèvre, j'y introduis le doigt sans rien trouver, nous fendons alors largement la séreuse, la respiration devient anxieuse, le pouls rapide. Ces accidents passés, nous constatons que le poumon est rétracté sur son hile, il ne peut être exploré avec les doigts, mais je vois sa base blanche, lardacée, je pense que le kyste est à ce niveau et je l'amène dans la plaie au moyen de deux pinces, le parenchyme pulmonaire est suturé à la plèvre, puis incisé au bistouri sans aucune hémorragie. Des hydatides de tout volume sortent de la poche qui présente le volume d'un œuf d'autruche. Nettoyage puis marsupialisation de cette poche qui est garnie de gaze aseptique. Drainage de la cavité pleurale, fermeture du reste de la plaie. Les suites opératoires furent assez simples; toux incessante due à la pénétration d'un fragment de gaze dans la bronche qui était assez volumineuse pour permettre à elle seule la respiration par le flanc quand le larynx était obstrué par des mucosités ou des débris d'hydatides. Au vingtième jour, malgré un large drainage, des phénomènes de rétention s'étant produits, on dut agrandir l'orifice et extraire trois volumineux fragments sphacélés de la poche et du parenchyme pulmonaire. Le 20 août, le malade sortait ayant une plaie d'environ 5 centimètres, son état général et son état local étaient parfaits.

Au point de vue clinique, j'insiste sur la difficulté extrême du diagnostic entre un kyste du foie ouvert dans les bronches et un kyste du poumon. Je crois qu'en pareil cas c'est vers le foie qu'il faut d'abord diriger l'opération, et l'incision oblique thoraco-abdominale sur le bord postérieur de la ligne axillaire me paraît remplir l'indication. Elle permet, en la prolongeant en haut, d'attaquer la base du thorax. La question des adhérences pleurales dans les kystes hydatiques du poumon, si importante pour l'opérateur, est également bien difficile à préciser cliniquement. Si elles sont de règle dans les suppurations, elles manquent, contrairement à l'opinion de Haydl, dans les cas où le kyste n'est pas infecté. Il faut d'autant plus tenir compte de ce fait que le cul-de-sac pleural, repoussé par le néoplasme, peut dépasser notablement la douzième côte.

La pneumotomie est la méthode de choix, elle donne plus de 90 % de guérisons, alors que l'expec-

tation médicale amène une mortalité de 64 °/₀ (Heam) ; la chloroformisation sera préférée à l'éthérisation, le tamponnement de la cavité sera longtemps prolongé pour éviter toute hémorragie. La toux persistante et généralisée qui survient quelquefois après les pansements est généralement due à la légère saillie du drain ou d'une mèche dans l'orifice bronchique. Enfin le maintien d'un large orifice est d'autant plus nécessaire que la cavité se comble lentement, devient facilement anfractueuse et peut contenir ultérieurement des fragments sphacélés de la poche et du tissu pulmonaire avoisinant.

Rhinotomie transversale inférieure.

M. Castex (de Paris). — La conduite à suivre dans le cas de rhinosclérome n'est pas fixée. Cette affection est caractérisée par le bacille de Frisch, débutant par l'hyperplasie des revêtements cutané et muqueux du nez, gagnant les deux fosses nasales, le pharynx et le larynx.

Dans les cas ordinaires, il suffit d'ouvrir le nez par la rhinotomie transversale inférieure. Dans un premier temps, une incision détache à fond les deux ailes du nez et la sous-cloison en passant horizontalement entre le nez et la lèvre supérieure. Dans un deuxième temps, les ciseaux droits ou le bistouri séparent la cloison cartilagineuse de son attache inférieure au plancher, en procédant horizontalement d'avant en arrière. Toute la portion molle du nez est ainsi mobilisée et les deux fosses nasales accessibles à la vue et aux manœuvres chirurgicales. Ce mal est extirpé. Les parties une fois remises en place et suturées, la cicatrice est à peine visible.

Ce procédé a un autre avantage en cas de rhinosclérome, c'est de pouvoir faire redescendre l'aile du nez que l'affection a élevée. Un fil d'argent, suivant un procédé imaginé par Campenon, passe dans l'aile du nez, d'une part, et de l'autre dans la gencive supérieure pour retenir celle-là.

Considérations sur la résection des nerfs de la face pour tics douloureux.

M. Dubois (de Cambrai). — Un homme de cinquante-trois ans, qui souffre depuis 1876 d'un tic douloureux dans le domaine du nerf maxillaire supérieur gaucho, subit, il y a quinze ans, par l'intérieur de la bouche, une opération qui le débarrassa de sa névralgie et du tic.

En 1895, la maladie revient.

Je lui résèque dans l'orbite le sous orbitaire, mais je suis très étonné de n'obtenir aucun résultat immédiat ; la douleur continuait et une nouvelle opération était décidée, lorsque, quinze jours après, le malade vient nous dire que les douleurs avaient disparu et qu'il était guéri.

Tout alla bien ainsi pendant un an, mais au mois de septembre dernier survint une récidive complète.

Je prescris alors le sulfate de cuivre ammoniacal, à la dose de 15 centigrammes par jour.

Au bout de huit jours, le malade, guéri de nouveau, ne veut plus entendre parler d'opération, qu'il réclamait quelques jours auparavant.

Ainsi, par deux fois, l'expectation, aidée d'un traitement médical, a épargné à ce malade deux opérations.

Je tiens à signaler les résultats que j'ai obtenus du procédé de M. Horsley pour résection des nerfs dentaire et maxillaire inférieurs.

Il a la plus grande analogie avec celui de Warren : il n'en diffère que parce qu'il porte la section bien plus haut, de sorte qu'on peut atteindre le trou ovale.

Il consiste essentiellement à augmenter l'échancrure sigmoïde à l'aide du ciseau et du maillet, échancrure par laquelle on peut atteindre le nerf dentaire inférieur, le suivre jusqu'au trou grand rond, où il devient maxillaire inférieur, et le réséquer là.

Nous avons pratiqué cette opération sur un homme de quarante-cinq ans, qui souffrait depuis plus de dix ans d'un tic douloureux dans le domaine du nerf maxillaire inférieur. Guérison.

Sinusites maxillaires compliquées de tic douloureux. Guérison par la trépanation et la résection de la paroi externe.

M. Anthelme Combe (de Paris). — Lorsque le catarrhe du sinus maxillaire est compliqué d'une violente névralgie qui peut s'étendre à toute la région d'innervation du trijumeau et prend le caractère du tic douloureux, il faut pratiquer la trépanation.

Cette trépanation se fera par la voie alvéolaire, au niveau de la dent qui sera extraite, ou à ce même niveau, à travers l'épaisseur de l'os maxillaire.

La trépanation ne suffit pas, il faut réséquer assez largement le pourtour de la voie de pénétration.

Si quarante-huit heures après cette intervention les douleurs n'ont pas disparu, il y a lieu d'élargir le champ opératoire et de faire une résection plus étendue.

Sur le maintien de la portion restante du maxillaire inférieur après la résection pour néoplasme, sans appareil prothétique.

M. Leriche (de Nice) présente des photographies montrant les résultats d'une résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour un cas de lympho-sarcome. La prothèse ne put être faite pour cause majeure et involontaire. La déviation trans-

versale a été presque insignifiante, grâce à la réunion hâtive de la muqueuse labio-gingivale par suture. La mobilité verticale de la mâchoire s'est conservée suffisante jusqu'à une période avancée de la récidive, qui fut tardive.

Résultats obtenus par la nouvelle méthode de cheiloplastie.

M. Larger (de Maisons-Laffitte). — Il s'agit de la méthode de cheiloplastie par emprunt à la lèvre saine, méthode dont la première idée ne m'appartient sans doute pas, mais que j'ai rendue pratique par un procédé nouveau, aussi simple que facile.

Ce procédé a été décrit dans ma communication à la Société de Chirurgie (3 octobre 1894). Je l'ai exécuté à deux reprises différentes. De son côté, M. Guinard l'a pratiqué deux fois, avec un plein succès, en lui faisant subir une légère modification, dont l'utilité me paraît contestable.

Enfin, M. Audoucet en a fait, sous l'inspiration de M. Guinard, l'objet de sa thèse inaugurale (th. Paris 1895. Autoplastie de la lèvre inférieure. Essai sur un nouveau procédé).

Voici mon premier opéré (c'est celui que j'ai déjà présenté à la Société de Chirurgie le 24 octobre 1894).

Il était porteur d'un épithélomia volumineux occupant les deux tiers gauches de la lèvre inférieure, dont j'ai excisé les trois quarts.

Au point de vue morphologique l'on constate déjà l'absence complète d'œdème des lèvres, et la régularité, la symétrie parfaites de la nouvelle bouche, la saillie normale et égale des deux lèvres, la reconstitution du rebord muqueux de la lèvre restaurée.

Au point de vue fonctionnel, la nouvelle lèvre jouit d'un certain degré de contractilité et de sensibilité, au point de permettre au malade de souffler. Outre que la salive est absolument retenue, la mastication s'opère normalement, et la phonation n'est pas sensiblement altérée.

Mon deuxième opéré, dont le tiers droit de la levre inférieure a été seulement restauré, présente à un degré supérieur encore les avantages obtenus sur le premier, et la contractilité de sa lèvre est telle, qu'il peut non seulement souffler, mais même siffler, ainsi que vous pouvez en faire la constatation.

Phlébite faciale et phlébite ophtalmique guéries par la section hâtive au thermocautère de la veine angulaire et des tissus sous-orbitaires.

M. L. Lancial (d'Arras). — Dans une communication faite au Congrès de Berlin de 1890, j'ai proposé le curage complet de l'orbite comme traitement radical de cette complication pour obvier à une autre complication plus redoutable encore, je veux dire la thrombophlébite du sinus caverneux correspondant.

J'ai eu, l'an dernier, la bonne fortune de suivre un cas d'antharax de la lèvre supérieure chez un jeune homme de dix-neuf ans, dès les premiers jours, c'est-à-dire avant toute complication, et j'ai pu agir à temps pour m'opposer à l'envahissement complet de la veine ophtalmique. Dès les premiers symptômes morbides observés du côté de l'orbite, c'est-à-dire l'apparition d'un léger œdème des paupières, d'un peu de chémosis, j'ai de suite pratiqué un vrai barrage des vaisseaux veineux et lympatiques qui vont de la face à l'orbite, j'ai sectionné au thermo-cautère, de propos délibéré, et la veine faciale à l'angle interne de l'œil et toutes les parties molles jusqu'à la région osseuse sous-orbitaire. J'ai ainsi réussi à arrêter l'affection. La veine ophtalmique était envahie, il est vrai, mais l'affection était à ses premières heures, j'ai isolé immédiatement l'orbite et ses vaisseaux de la source d'infection. La phlébite ophtalmique a été réduite à son maximum de virulence. C'est ce qui explique mon succès.

Section du sympatique cervical dans les formes graves de goitre exophtalmique.

M. Ch. Abadie (de Paris). — Le goitre exophtalmique est produit par un état permanent d'excitation des fibres vaso-dilatatrices du sympathique cervical. M. Abadie donne une démonstration clinique de cette affirmation et réfute les autres théories, en particulier de l'hyperthyroïdisation. Comme conséquence de cette nouvelle théorie, la section du sympathique cervical, au-dessus du ganglion moyen, doit guérir et faire disparaître tout au moins l'exophtalmie. C'est ce qui a lieu en réalité. Pratiquée pour la première fois par le Dr Jaboulay (de Lyon), cette opération a réussi. Elle permettra à l'avenir de sauver les yeux, fatalement compromis par une projection en avant excessive.

M. Jonnesco, à ce propos, dit avoir traité plusieurs cas par la résection bilatérale du grand symphatique cervical. Il donne le manuel opératoire de cette opération.

M. Kocher (de Berne). — Je désirerais faire remarquer que, malgré l'intérêt des opérations de MM. Jaboulay, Abadie et Jonnesco, il ne faudrait pas attribuer au grand sympathique cervical un rôle exclusif dans la genèse du goitre exophtalmique. D'abord il y a des symptômes, tels que la diarrhée et les vomissements, qui n'ont rien à voir avec ce cordon nerveux. En second lieu, il est incontestahle qu'on peut provoquer des symptômes identiques à ceux du goitre exophtalmique par des tablettes thyroïdiennes, et qu'il s'agit alors évidemment d'hyperthyroïdi-

sation. Enfin, j'ai des malades chez lesquels je suis intervenu chirurgicalement parce qu'il y avait des phénomènes locaux spéciaux, tels que la compression de la trachée. J'ai obtenu quelques guérisons complètes, constatées à longue échéance.

Cancer du corps thyroïde.

M. Adenot (de Lyon) relate une observation de libération longitudinale de la trachée, comme traitement de la suffocation dans le cancer du corps thyroïde.

Il s'agit d'une malade atteinte d'un cancer du corps thyroïde avec accidents graves de suffocation, pour lesquels elle venait demander une trachéotomie. M. Adenot pratiqua une section de la tumeur sur une hauteur de 8 centimètres environ, et disséqua une partie de la face antérieure de la trachée. Les accidents de suffocation cessèrent, la malade mourut environ huit mois après sans suffocation, après avoir repris ses occupations de vendeuse de fleurs à la campagne. On peut compléter cette intervention, dans certains cas, par la thyroïdectomie partielle.

Thyroïdite chronique.

M. E. Tailhefer (de Toulouse). — Il s'agit d'une thyroïdite chronique qui avait été prise pour un cancer thyroïdien. La thyroïdectomie partielle a été faite. L'examen histologique a été pratiqué. Treize jours après la thyroïdectomie partielle, hémorragie de l'artère carotide primitive gauche; tout le paquet vasculo-nerveux gauche du cou est saisi dans un clamp, à défaut d'autre instrument. Vingt heures après la ligature du paquet vasculo-nerveux, aphasie et hémiplégie droite. Douze jours après la ligature du paquet vasculo-nerveux, panophtalmie septique de l'œil gauche. Quatre mois après la thyroïdectomie partielle, disparition totale de l'hémiplégie droite, tendance à la disparition de l'aphasie. Guérison des plaies cervicale et oculaire (la plaie consécutive à la thyroïdectomie partielle n'avait pas été suturée, et l'œil gauche, rempli de pus, s'était ouvert spontanément).

Étude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne.

M. Hamon du Fougeray (du Mans). — De nombreuses observations cliniques démontrent que certains abcès, ou phlegmons du cou, reconnaissent pour origine l'inflammation aiguë ou chronique de la caisse du tympan. Ces abcès ou phlegmons se manifestent dans les diverses régions latérales du cou. Au point de vue pathogénique, on doit les diviser en deux classes : 1° abcès directs ; 2° abcès indirects.

La première comprend les abcès du cou, qui dérivent du foyer purulent tympanique sans intermédiaires. Dans ce cas, l'infection suit la voie lymphatique directe. On peut en admettre deux variétés : 1° abcès du cou se manifestant alors que la caisse et l'apophyse sont enflammées.

La seconde classe comprend les abcès qui sont le résultat de la propagation de l'inflammation primitive de la caisse à d'autres organes. Ils peuvent être divisés en deux variétés : 1° abcès du cou par pénétration directe du pus sortant des cavités de l'apophyse par une perforation osseuse ; 2° abcès du cou consécutifs à une thrombose du sinus et de la jugulaire interne.

Au point de vue du mécanisme de ces abcès, on voit qu'ils peuvent se produire de trois manières : 1° par irruption du pus sortant de l'apophyse perforée et se répandant dans les tissus du cou sous-jacents ; 2° par la voie veineuse ; 3° par la voie lymphatique.

Il en résulte que le siège de ces abcès varie suivant leur mode de formation, et l'on comprend ainsi que, dans certains cas, ils puissent à eux seuls amener la mort.

M. Broca. — Je crois que M. Hamon du Fougeray exagère la fréquence de la mastoïdite de Bezold : sur environ 200 cas d'opération pour mastoïdites aiguës et chroniques, je n'ai eu à ouvrir qu'un seul abcès cervical, et je ne suis pas sûr qu'il fût d'origine osseuse et non point lymphatique. Dans un autre cas, un abcès cervical, terminé par ulcération de la carotide avec hémorragie foudroyante, venait d'une ostéite du rocher, sans lésion mastoïdienne. Par contre, je crois que M. Hamon du Fougeray exagère la rareté des abcès d'origine veineuse; j'ai montré dans une publication récente qu'après les opérations limitées à l'oreille pour thrombose du sinus, il n'était pas exceptionnel qu'on eût à venir encore au foyer cervical provenant de la jugulaire. Je terminerai en signalant une erreur de diagnostic possible, certains abcès, dans les régions parotidienne et maxillo-pharyngienne, pouvant, chez l'enfant, s'ouvrir secondairement dans le conduit auditif.

(A suivre.)

Mutations dans les hôpitaux. — Les mutations sont définitivement arrêtées de la façon suivante :

M. Balzer passe à Saint-Louis; M. Barth, à Necker; M. Oulmont, à la Charité; M. Renault, à Ricord; M. Brocq, à Broca; M. Comby, aux Enfants-Malades; M. Hirtz, à Laënnec; M. Richardière, à Trousseau; M. Galliard, à Saint-Antoine; M. Delpeuch, à Cochin; M. Œttinger, à Broussais; MM. Le Gendre, Giraudeau, Achard, à Tenon; M. Lebreton, à Sainte-Périne; M. Widal, à La Rochefoucauld; MM. Darier et Thoinot, à Dubois.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 24 novembre 1896

M. Cornil présente une intéressante étude sur *la formation des cicatrices dans les vaisseaux, après leur ligature* :

Après la ligature d'une veine on constate, dès le premier ou le deuxième jour, la multiplication des cellules de l'endothélium. Celles ci se gonflent, deviennent cylindriques, se placent en plusieurs assises, enchevêtrées, souvent anastomosées. Enfin, un certain nombre d'entre elles apparaissent libres, détachées, situées dans le caillot sanguin. Ce sont les cellules qui deviennent les agents actifs de l'organisation du caillot et de la séparation cicatricielle des veines au niveau de la ligature et dans toute la région voisine où le sang s'est coagulé. Au quatrième jour, après la ligature, le bourgeon, formé de grumeaux de fibrine adhérant à la paroi interne, est organisé en ce sens qu'il est riche en cellules endothéliales anastomosées et formant un tissu déjà solide.

Ici, on voit des cavités bornées par des cellules endothéliales et qui ressemblent absolument à des vaisseaux capillaires. Ces cavités sont anastomosées entre elles et il ne leur manque que du sang circulant pour être réellement un réseau de vaisseaux sanguins. Dix jours après la ligature, la transformation complete du caillot en un tissu conjonctif est achevée. Les vaisseaux sanguins de la paroi se sont unis avec les cavités pseudo-capillaires du bourgeon cellulaire endo-phlébitique et la circulation sanguine s'effectue dans les canaux préformés.

Les mêmes phénomènes s'observent à la surface interne des artères comprises dans une ligature : prolifération de l'endothélium; pénétration par lui du caillot fibrineux; bourgeon cellulaire plus marqué en un point; formation de fentes et d'un réseau pseudo-capillaire dans le coagulum fibrino-sanguin, etc. Le processus de cicatrisation est plus lent sur les artères que sur les veines : il retarde de cinq à six jours, ce qui s'explique aisément par la résistance des lames élastiques et la difficulté qu'éprouvent les vaisseaux de la tunique externe à les traverser.

— M. Manouvrier (de Valenciennes) fait ensuite une communication sur un cas de *falsification de la bière, au moyen d'une colle renfermant du bisulfite de chaux*. Le brasseur se servait, pour coller ses bières, après fermentation en futs, d'un clarifiant qui renfermait par kilogr. 6 gr. 023 de bisulfite de chaux (correspondant à 0 gr. 494 d'acide sulfureux).

Plusieurs habitués des cafés ou brasseries desservies par ce brasseur avaient déjà éprouvé des troubles plus ou moins sérieux de la santé : nausées, vomissements, sensation de barre épigastrique, coliques, diarrhée et météorisme, courbature, faiblesse des jambes, alourdissement et hébétude.

Les clarifications successives avaient introduit par litre de bière, de 2gr178 à 11gr095 de colle, soit 0gr017 à 0gr067 de bisulfite de chaux.

— M. Hallopeau lit un rapport sur un travail de M. Remy ayant trait à la *morve chronique chez l'homme*.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

C'est sur l'*intervention chirurgicale dans les perforations consécutives à la fièvre typhoïde* que M. Brun prend la parole. Il s'agit d'un enfant ayant fait une rechute dans le courant d'une dothiénentérie. La perforation s'accompagna immédiatement d'une élévation de température de 40°. C'est le lendemain que M. Brun vit le malade en pleine péritonite. Le pouls était petit, filiforme, et comme l'enfant était perdu, ce chirurgien fit la laparotomie pour essayer de le sauver. La perforation fut facilement trouvée et suturée, et 4 litres d'eau bouillie lavèrent le péritoine. Un drainage important fut placé. Des injections de sérum (1,500 gr.) furent faites. Le troisième jour, il y eut une amélioration sensible, quoique les drains aient laissé passer des matières intestinales. Le septieme jour au matin, il mourut en hypothermie.

A l'autopsie, on trouva que la suture avait bien tenu; mais il existait cinq autres perforations, ce qui constituait une large perte de substances.

M. Brun ne conclut pas que devant ces lésions nous sommes impuissants, mais pense que s'il faut lutter, il est difficile d'obtenir un succès.

M. Lejars a eu l'occasion d'intervenir deux fois dans le courant de la fièvre typhoïde. Le premier malade était un enfant emmené à l'hôpital Trousseau. La laparotomie fit tomber sur une péritonite par perforation et permit de constater un orifice au voisinage des plaques de Peyer et des surfaces altérées. La mort eu lieu trente-six heures après l'opération.

La deuxième observation a trait à un malade de vingt-deux ans, atteint de fièvre typhoïde très grave. Traité par les bains froids, il semblait aller mieux, lorsque, soudain, le soir, il fut pris d'une douleur vive dans la fosse iliaque. Le lendemain matin, M. Lejars vit le sujet; la température était de 39°5 et le pouls était petit. La céliotomie fut pratiquée et on trouva du liquide séreux mêlé de grumeaux jaunâtres. En déroulant l'intestin, on trouva une perforation à 15 centimetres du cæcum et circulaire, laissant passer l'index. Cette perforation fut suturée. Le péritoine fut lavé et la plaie abdominale drainée.

A la suite de cette intervention, le malade alla un peu mieux. On lui fit des injections intra-veineuses de sérum. Le matin du troisieme jour, le malade se refroidit et mourut.

L'autopsie montra des plaques de Peyer sphacélées; la suture avait bien tenu. M. Lejars conclut à l'intervention, car c'est la seule ressource.

M. Terrier, en 1886, a été appelé à intervenir auprès d'un de ses anciens élèves pour une perforation intestinale. C'était un homme de très bonne santé, mais gros mangeur, qui, à la suite d'un repas, fut pris soudain d'accidents. Le diagnostic de Charcot fut perforation intestinale, et M. Terrier arriva pour opérer en province vers le quatrième ou le cinquième jour. Ce chirurgien se trouva en présence d'une péritonite confirmée. La laparotomie fut pratiquée et montra du liquide purulent. A gauche, où siégeait la douleur, M. Terrier rencontra dix perforations et les sutura à grand'peine, à cause de la friabilité de l'intestin enflammé. La mort eu lieu le soir même.

Ce n'est pas là un cas de perforation par fievre typhoïde, dit M. Terrier; mais les opérations faites dans ces conditions sont assez rares pour qu'il soit utile de citer toutes les observations

— M. Peyrot lit un rapport sur un travail de M. Moure (de Bordeaux). Voici les conclusions de l'auteur : « Toutes les fois qu'on est en présence d'une otorrhée rebelle sous la dépendance d'une lésion osseuse, il faut ouvrir la mastoïde, l'antre et la caisse ». M. Moure se livre ensuite à des considérations sur l'anatomie de l'antre chez l'enfant, et s'oc-

cupe de la situation du sinus latéral. M. Moure conseille d'aller d'abord chez l'enfant chercher les cellules mastoïdiennes. Quatre fois sur trente-quatre M. Moure a eu une paralysie du facial.

M. Broca a toujours dit que quand on a une suppuration de l'attique, il faut commencer par aller à l'attique et faire l'opérat on de Stacke.

— M. Routier fait un rapport sur un travail de M. Guinard, intitulé *hernie étranglée de l'appendice*. Il s'agit d'une femme ayant une hernie avec bandage, qui devint irréductible. Cinq jours après, M. Guinard opéra, ayant porté le diagnostic d'épiplocèle. Ce chirurgien arriva sur le cæcum, réséqua l'appendice et termina l'opération. L'appendice était large de 15 centimètres et fermée; il n'y avait pas trace de péritonite ni d'ulcération.

M. Guinard conclut en faisant remarquer que si la théorie de M. Dieulafoy était vraie, cette femme aurait dû faire des accidents péritonéaux; mais M. Routier nie l'étranglement, à cause de la bénignité des accidents et aussi à cause de l'autopsie, puisqu'il est impossible de garder cinq jours un étranglement, sans qu'il produise des lésions sur l'organe.

— M. Potherat lit un travail sur l'*opération de Symes*.

***

Ordre du jour de la séance du 2 décembre 1896

Suite de la discussion. — 1° Les péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde (Marchand, Monod); 2° la pathogénie de l'appendicite (Brun, Walther).

Rapports. — 1° Sur l'œsophagotomie externe chez les enfants (M. Lemaistre), par M. Broca; 2° sur le traitement de l'anus contre nature, d'origine herniaire (M. Barrette), par M. Jalagnier.

Communication. — Carcinome primitif du foie, par M. Segond.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 novembre 1896

Sous le nom de *dermo-fibromatose pigmentaire*, M. Chauffard décrit un cas de cette curieuse affection, étudiée en 1882, par Recklinghausen, sous le nom de *neuro-fibromatose généralisée*. Le malade que M. Chauffard a observé était entré le 15 mars à l'hôpital, pour une diarrhée chronique datant de quinze mois, avec coliques et sensibilité diffuse du ventre. Il présentait, en outre, le syndrome complet de la neuro-fibromatose. On comptait 110 ou 120 petites tumeurs nodulaires à la surface et dans l'épaisseur de la peau, variant entre le volume d une lentille et celui d'une noisette, sessiles ou largement pédiculées, mobiles, asymétriques, indolentes à la pression. A leur niveau, la coloration de la peau n'était pas modifiée; mais on notait l'existence de taches pigmentaires de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, siégeant surtout sur le tronc et les lombes; il existait enfin quelques nævi.

Le malade s'affaiblit rapidement et mourut, le 13 août, dans un état de marasme cachectique.

Autopsie. — Deux séries de lésions : tumeurs de la peau, lésions des capsules surrénales et du pancréas.

1° Les nodules sont indépendantes des nerfs adjacents; ils ne méritent donc pas le nom de neuro-fibromes. Les nerfs profondément situés ne présentent non plus aucun renflement nodulaire.

Le cas est donc comparable à celui que M. Marie a récemment signalé à la Société, où la systématisation périnévritique des fibromes semblait ne plus exister. La qualification de *neuro-fibromatose* donnée à cette maladie par Recklinghausen a donc le grave défaut d'impliquer un processus périnévritique qui manque souvent. Aussi Landowski, après Lahmann, admet-il que les tumeurs cutanées peuvent avoir des origines diverses . gaines périvasculaires, enveloppes conjonctives des glandes sudoripares ou sébacées Dans notre cas, nous ne voyons pas nettement le point de départ du processus fibromateux.

On peut donc diviser ces cas en deux catégories :

a) Fibromes à point de départ périnévritique et accompagnés de névromes multiples, ramulaires ou tronculaires.

b) Fibromes à point de départ non périnévritique, et non accompagnés de névromes multiples.

Dans les deux cas, nævi et taches pigmentées : l'ensemble de ces faits pourrait être appelé *fibromatose pigmentaire*; à la première catégorie, on donnerait le nom de *neuro-fibromatose pigmentaire*, et à la seconde le nom de *dermo-fibromatose pigmentaire*; l'observation de M Chauffard appartient à cette dernière variété.

2° Derrière l'estomac existait une tumeur en fer-à-cheval comprenant le pancréas, les capsules surrénales et des ganglions Le *pancréas* forme une masse énorme, surtout développée aux dépens de la tête et du corps; le tissu pancréatique est induré, lardacé, et offre tous les caractères objectifs du cancer (le cholédoque, par suite d'une anomalie. ne traverse pas la tête du pancréas, ce qui explique l'absence d'ictère). Les *capsules surrénales* sont énormes, le tronc et les rameaux du *sympathique* gauche sont englobés dans la masse. Les ganglions adjacents aux capsules sont hypertrophiés et dégénérés.

Histologiquement, ces différents organes présentent des lésions de dégénérescence adénomateuse. L'examen des coupes rend vraisemblable l'interprétation suivante : dégénérescence capsulaire, double et symétrique, puis dégénérescence secondaire du pancréas et des ganglions lymphatiques.

Pas traces de noyaux néoplasiques dans les autres organes. Pas de lésions tuberculeuses en aucun point.

Quel a été le point de départ de cet adénome? M. Chauffard croit que c'est la capsule surrénale.

Cliniquement, on n'a pas eu affaire à une véritable maladie bronzée d'Addison, mais bien à un syndrome partiel et dissocié de l'addisonisme.

Enfin, y a-t-il un rapport entre la dermo-fibromatose et la dégénérescence adénomateuse des surrénales et du pancréas? Il est impossible de répondre à cette question.

— M Comby fait une communication sur la *vésanie passagère chez l'enfant dans la convalescence de la fièvre typhoïde*. M. Comby cite le cas d'un petit enfant de trois ans qui, au moment de la défervescence, fut pris d'agitation, d'insomnie, de délire; cet état dura huit jours, puis alla en s'atténuant.

M. Adams de (Washington) a publié quatre cas analogues, mais chez des enfants plus âgés.

Ces états vésaniques sont passagers et ne doivent pas inspirer d'inquiétude.

— « M. J.-A. Valdes, de Matanzas (Cuba), m'écrit, dit M. Galliard, pour me communiquer *trois cas d'emphysème sous cutané compliquant la rougeole*, chez trois sœurs. Deux de ces malades ont été observées par lui-même, l'une âgée de quinze ans, l'autre de dix-sept ans. Chez la première, l'emphysème sous-cutané s'étendit au cou des deux côtés, au tronc et au membre supérieur du côté gauche ;

chez l'autre, il demeura limite au cou. Dans les deux cas, la rougeole ne s'accompagnait que d'une bronchite peu intense.

« La troisième sœur, morte de tuberculose à l'âge de vingt-trois ans, avait présenté, à l'âge de dix-sept ans, au cours de la rougeole, la même complication.

« Les deux frères de ces trois sujets n'ont rien offert d'analogue. Tous les cinq ont eu la *coqueluche*. Le père est asthmatique.

« On peut incriminer une fragilité *congénitale* des vésicules pulmonaires et tenir compte aussi de la prédisposition créés par la coqueluche antécédente. »

— M. Babinski communique un travail de M. Ricochon, sur un cas d'*hémiatrophie linguale* due à une *lésion de l'hypoglosse*, chez un sujet atteint d'*ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation occipito-atloïdienne gauche*. Cette observation est semblable à celle présentée à la Société par M. Babinski, au mois de juillet de cette année, en ce qui concerne le changement de position de la langue par rapport à la ligne médiane, suivant que la bouche n'est qu'entr'ouverte ou bien qu'elle est toute grande ouverte, suivant que la langue est attirée en arrière ou bien qu'elle est portée en avant; quand la bouche est légèrement entr'ouverte, la langue occupe, comme à l'état normal, la position médiane; lorsque la bouche est largement ouverte et que la langue est portée en arrière, la pointe dévie du côté sain; au contraire, quand le malade tire la langue hors de la cavité buccale, la pointe dévie du côté de l'hémiatrophie. Ces deux observations diffèrent l'une de l'autre au point de vue fonctionnel; chez la malade observée par M. Babinski, la déglutition était normale; chez celle de M. Ricochon, elle était, au contraire, très troublée; cette différence tient peut-être à ce que, dans ce dernier cas, l'hémiatrophie linguale est encore plus prononcée qu'elle ne l'était dans le premier, où pourtant, l'atrophie était déjà très marquée.

ÉCHOS & NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le laboratoire pour le service de la diphtérie est constitué pour l'année scolaire 1896-1897, par MM. les Drs Méry, chef, et M. R. Petit, moniteur.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours du clinicat ophtalmologique s'est terminé par la nomination de M. le Dr Jacqueau.

M. le Dr Bret est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique médicale.

Rennes. — M. le Dr Lautier est institué chef des travaux de physiologie.

Un concours s'ouvrira le 5 avril 1897, devant l'École de médecine de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à la dite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Service nouveau à l'hôpital Lariboisière. — M. Breuillé fait émettre un avis favorable à la création d'un service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière. La dépense, évaluée à 700,000 francs, sera prélevée sur les fonds provenant du pari mutuel.

Concours du Val-de-Grâce. — Les membres du jury du concours pour deux places de professeur agrégé (médecine opératoire, anatomie), qui s'est ouvert le lundi 16 novembre au Val-de-Grâce, sont : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président; MM. les médecins principaux de première classe Robert, Delorme et Gentil; M. le médecin principal de deuxième classe Bar, et M. le médecin-major de première classe Mignon.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Ecot Fargin, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, Rioblanc et Sieur.

Le sujet de la composition écrite a été : « De la péritonite traumatique ».

Corps de santé de la marine. — Le projet de budget pour 1897 comporte la création des emplois suivants :

1° Un directeur du service de santé, la présence d'un officier de ce grade à la tête de l'École de Bordeaux étant rendue indispensable par l'importance de cet établissement;

2° Quatre médecins principaux, afin d'assurer au corps un avancement plus régulier et en rapport avec celui des autres corps de la marine.

La direction supérieure de l'École de santé, qui forme à la fois les médecins de la marine et ceux des colonies, met en jeu d'assez lourdes responsabilités pour que le titulaire soit investi du grade élevé de directeur. La dépense sera d'ailleurs atténuée par la suppression d'un emploi de médecin en chef, de sorte que l'augmentation ne dépassera pas 3,000 francs environ.

Quant au renforcement de l'effectif des médecins principaux, il constituera une juste et tardive réparation vis-à-vis d'un personnel méritant et dévoué. Actuellement, les conditions d'avancement sont très lentes et maintiennent durant de longues années aux derniers échelons de la hiérarchie des officiers très méritants et constamment à la mer ou aux colonies. L'augmentation des armements depuis 1890 a eu pour conséquence de doubler, ou à peu près, les embarquements à bord de la flotte. Puis, défalcation faite des 60 unités prêtées annuellement au ministère des colonies pour les besoins des hôpitaux coloniaux, il reste à assurer le service des corps de troupe en France et aux colonies, troupes indigènes comprises, celui des hôpitaux dans les cinq ports militaires, des établissements hors des ports, et des écoles.

La création de quatre emplois correspondant au grade de chef de bataillon ne sera que l'équitable compensation des obligations imposées à un personnel dévoué, qui vient tout récemment encore, durant la campagne de Madagascar, d'affirmer son zèle et sa valeur.

La chapelle de l'hôpital Tenon. — Sur la proposition de M. Landrin, le Conseil invite l'Administration à transformer l'ancienne chapelle protestante de l'hôpital Tenon en salle d'attente pour les familles qui viennent assister aux obsèques des malades décédés à l'hôpital. Cette chapelle est actuellement inutilisée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie Michels et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles Dieu, 8 et 10

SOMMAIRE

A NOS ABONNÉS

L'*Union médicale* touche à la fin de sa cinquante et unième année. Au cours de cette longue carrière, elle a subi des vicissitudes, changé de forme, d'éditeurs, de redacteurs en chef; elle n'a pas varié dans sa ligne de conduite, et a toujours suivi la voie droite où l'avaient engagée ses fondateurs, Amédée Latour, Richelot, Aubert Roche, où l'a maintenue pendant quarante-cinq années son premier gérant, le Dr Richelot.

Ce nom vénéré et celui de l'*Union médicale* ont semblé inséparables. Bien qu'entraîné sans cesse loin du journalisme, j'ai tenu à faire durer cette alliance; et quand il m'a fallu renoncer, faute de temps, à m'occuper directement d'impressions, de corrections d'épreuves et de nouvelles médicales, des auxiliaires dévoués et d'éminents écrivains ont mis leur talent au service d'une œuvre dont les premiers soutiens avaient peu à peu disparu.

Je donne ici un respectueux souvenir à la mémoire de Jules Rochard, qui a été l'ami de mon père et qui a voulu, après lui, servir encore l'*Union médicale*. Je remercie cordialement tous mes collaborateurs de ces dernières années; Richardière, dont le nom et les travaux honoraient nos colonnes; Eugène Rochard, à qui n'a manqué, pour être un rédacteur en chef de premier ordre, que d'avoir à diriger un journal plus jeune.

J'abuserais de leur amitié et de leur dévouement si je leur demandais de continuer plus longtemps une publication dont mes occupations m'éloignent et à laquelle je deviens tous les jours plus étranger.

L'*Union médicale* cessera de paraître à la fin de cette année. En terminant sa carrière, elle adresse un adieu reconnaissant à ses vieux abonnés, à ses lecteurs fidèles, et leur demande de garder pour les hommes qui l'ont dirigée en commun les sentiments d'estime et de bonne confraternité qu'elle avait à cœur de leur inspirer. Un journal qui finit, c'est une forme qui disparaît; mais les hommes et leurs pensées restent unis après qu'elle a disparu.

Cette union persistera surtout, si nos lecteurs veulent bien reporter sur le *Bulletin médical* les sympathies qu'ils nous ont si longtemps témoignées. Ils trouveront dans ce journal, dont la réputation n'est plus à faire et où je ne compte que des amis, l'inspiration de maîtres éminents et tout ce que les plus exigeants peuvent demander aujourd'hui au journalisme médical : leçons cliniques, travaux originaux, revues, compte rendus des principales Sociétés, étude attentive des questions d'intérêts professionnels, informations rapides, etc.

L'un des directeurs scientifiques du *Bulletin médical*, M. le professeur Lannelongue, préside avec le dévouement et l'esprit d'initiative que l'on sait l'*Association générale des médecins de France*. C'est un motif de plus pour que l'*Union médicale* qui fut, depuis les origines, l'organe officiel de cette vaste fédération confraternelle, invite ses abonnés à donner au *Bulletin médical* le concours bienveillant que nous avons toujours trouvé chez eux et qui reste un de nos plus précieux souvenirs.

L.-Gustave Richelot.

Paris, le 27 novembre 1896.

Monsieur et cher confrère,

Nous nous ferons un plaisir de vous adresser, jusqu'en janvier prochain, le *Bulletin médical*, afin que vous puissiez juger s'il mérite l'application très flatteuse et très honorable pour nous, exprimée dans la lettre incluse de M. le Dr Richelot.

Si votre jugement nous est favorable, nous espérons vous compter en 1897 parmi nos abonnés. Vous retrouverez au *Bulletin* non seulement les traditions qui ont fait pendant plus d'un demi-siècle l'honneur et la renommée de l'*Union médicale*, mais encore ses trois principaux rédacteurs actuels, MM. Richelot, Richardière et Rochard, qui étaient déjà pour nous des amis, et qui veulent bien devenir des collaborateurs.

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Rédaction du *Bulletin médical*.

Paris, le 27 novembre 1896.

HOPITAL COCHIN

Traitement de l'urémie par lea saignées suivies d'injectiona massives de sérum artificiel, par H. Richardière.

I

Les bons résultats obtenus par la méthode dite de lavage du sang, dans le traitement des iufections, ont fait généraliser l'emploi des injections massives de solutions salines ou de sérum et les ont fait appliquer au traitement d'un assez grand nombre de maladies.

Les injections ont été employées avec succès dans le traitement d'un certain nombre d'intoxications. Dans l'urémie, où elles étaient particulièrement indiquées, elles ont paru tout d'abord ne pas pouvoir être prescrites en raison des lésions des reins et de leur imperméabilité. Il a été reconnu depuis que l'intégrité des reins n'était pas une condition indispensable à l'emploi de la méthode du lavage du sang. Son efficacité, dans le traitement de l'urémie, n'est cependant pas admise par tous les auteurs. Lépine, en particulier, déclare n'avoir pas obtenu la guérison de plusieurs cas d'urémie traités par les injections massives.

D'autres auteurs ont été plus heureux. Sahli (de Berne), qui a eu le premier l'idée d'employer le lavage du sang daus l'urémie, a sauvé par ce traitement un malade d'une mort imminente.

Bosc (*Presse médicale*, 1894), a également reconnu les bons effets des injections sous-cutanées de sérum artificiel dans un cas d'urémie, due à la néphrite parenchymateuse. Le malade, qui avait une forme grave d'urémie, guérit en quatre jours.

J'ai essayé récemment les injections massives de sérum artificiel dans deux cas d'urémie, dont un fut très grave, et les résultats obtenus ont été assez favorables pour justifier l'emploi de ce traitement.

II

Chez mes deux malades, le lavage du sang était réalisé de la manière suivante : on faisait d'abord une saignée de 300 à 400 grammes; immédiatement après la saignée, on injectait lentement dans le tissu cellulaire 800 grammes de sérum artificiel, porté à la température normale du corps.

Le liquide injecté était le sérum artificiel (formule du professeur Hayem). Ce sérum a été parfaitement toléré; l'injection, faite aseptiquement, n'a pas amené la formation d'abcès.

Q... (Jean), âgé de cinquante-trois ans, entré à l'hôpital Cochin, le 28 juillet 1896.

Comme antécédents morbides, Q... a eu la scarlatine à l'âge de six ans, la fièvre intermittente en 1864.

Aucune autre maladie jusqu'en 1885, où on constate pour la première fois la présence de l'albumine dans les urines du malade.

Jusqu'en 1894, les seuls symptômes du mal de Bright ont consisté en vertiges, éblouissements, crampes dans les doigts et dans les mollets, polyurie, pollakiurie.

État actuel. — A son entrée à l'hôpital, Q.. a une dyspnée intense.

L'auscultation dénote la présence de râles (muqueux et sous-crépitants) abondantes, disséminés dans toute la poitrine.

Le cœur bat avec rapidité (120 pulsations). Pas de souffle, mais un bruit de galop caractéristique.

Les artères périphériques sont athéromateuses.

Les urines sont rares, foncées, et laissent déposer un sédiment rougeatre. A l'examen microscopique on constate des cristaux d'acide urique et des cylindres hyalins.

La quantité totale d'urines émises en vingt-quatre heures est de 500 grammes, avec 0,50 centigrammes d'albumine par litre.

Le malade accuse presque toutes les sensations subjectives du mal de Bright, et particulièrement les crampes dans les mollets et la sensation de froid aux extrémités.

Œdème considérable des membres inférieurs, remontant jusqu'au ventre. La paroi abdominale est œdématisée.

Traitement : ventouses sèches sur la poitrine. Régime lacté absolu.

État stationnaire pendant trois jours.

Le *1er août*, la dyspnée devient extrêmement prononcée (48 respirations à la minute). Les râles sous-crépitants augmentent de nombre et d'étendue. Le rythme de Cheyne-Stokes fait son apparition.

Cœur arythmique, avec 140 battements à la minute.

Le malade se plaint de céphalée. Il a des hallucinations et par moment un peu de délire.

Même quantité d'urine, avec augmentation de l'albumine.

2 août. — La dyspnée a encore augmenté. La respiration est de plus en plus irrégulière.

3 août. — L'état général s'aggravant par l'augmentation de la dyspnée et de la somnolence, le malade étant dans un coma presque complet, je prescris une saignée de 300 grammes, immédiatement suivie d'une injection de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans la journée, la température monte de 37°8 à 37°9. Le pouls tombe de 140 à 120.

La respiration devient régulière. Le rythme de Cheyne-Stokes disparaît le soir.

Du 4 au 6 août, la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures augmente progressivement.

Le *6 août*, elle est de 1 litre.

7 août. — La respiration de Cheyne-Stokes reparaît en même temps que les signes d'oppression.

Les urines retombent à 500 grammes.

8 août. — L'état du malade redevient alarmant.

Nouvelle saignée de 250 grammes, suivie d'une injection de 800 grammes de sérum, à dix heures du matin, et d'une seconde injection de 800 grammes, à quatre heures du soir.

La température qui était descendue à 35°8 monte à 37°.

9 août. — La respiration est régularisée. Il n'y a plus de rythme de Cheyne-Stokes. Urines : 1,250 grammes.

Le 9 août, au soir, brusque élévation de température, qui persiste jusqu'au 10, au matin.

11 août. — Infiltration œdémateuse considérable des membres inférieurs, du scrotum, de la verge; l'œdème remonte jusqu'au thorax.

Malgré cet œdème, l'état est satisfaisant. La respiration est régulière. La somnolence a disparu. Le malade urine 1 litre environ par vingt-quatre heures.

* * *

Chez un second malade, dont l'observation a été publiée dans ce journal (1), il existait des signes d'urémie grave : troubles respiratoires, céphalée, etc. Le traitement consista en une saignée de 400 grammes, suivie d'une injection de 800 grammes de sérum artificiel. Peu d'heures après l'injection, les urines ayant augmenté de quantité, la céphalée diminue considérablement d'intensité, la respiration se régularisa et les mouvements respiratoires tombèrent de 38 à 26 par minute.

L'amélioration fut passagère; vingt heures après l'injection, la céphalée et les troubles respiratoires avaient reparu. On fit alors une deuxième injection de serum qui amena une élévation de la température jusqu'à 39°6 (il est vrai que la température du liquide injecté était inférieure à celle du malade). Cette dernière injection amena de nouveau la disparition de la céphalée. Elle fut suivie de diarrhée abondante (dix à douze selles liquides dans les vingt-quatre heures). Dans les quatre jours qui suivirent l'injection, la quantité d'urine s'éleva progressivement jusqu'à 1,500 grammes dans les vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, l'amélioration était considérable et définitive. La céphalée et la dyspnée avaient disparu pour ne plus reparaître.

(1) Voir : Gonflement des parotides dans l'urémie (*Union médicale*, octobre 1896.

III

Un premier fait à retenir, pour apprécier le traitement de l'urémie par les injections de sérum artificiel, est la parfaite innocuité de ces injections. Elles sont certainement un peu douloureuses, mais faites aseptiquement, elles n'ont causé aucune inflammation locale. Les deux malades, chez lesquelles elles ont été essayées, présentaient de l'anasarque : quoique faites dans des tissus œdématisés, les injections n'ont déterminé aucun accident local.

L'action de ces injections est manifeste sur la température. Chez le malade traité par Bosc, la température monte d'un degré une heure après l'injection.

Chez mon malade de l'obs. 1, la température monta également d'un degré dans la journée, après la première injection; après la deuxième injection, la température, qui n'était que de 35°8, monta rapidement à 37°.

Chez le malade de l'obs. 2, la réaction thermique fut encore plus accentuée, excessive. La température s'éleva à 39°6. Il est vrai que dans ce cas, le liquide injecté était à une température un peu inférieure à celle du corps, et on sait qu'une injection de sérum faite dans ces conditions de température a ordinairement cet effet.

En même temps que la température de mes malades s'élevait, le pouls, qui était d'une rapidité excessive, devint plus lent. Chez le malade 1, les pulsations descendirent de 140 à 120 par minute. L'effet sur la respiration a été surtout remarquable. La respiration, qui était irrégulière, avec le type de Cheyne-Stokes, chez le malade n° 1, devint régulière. Le chiffre des respirations a baissé de 38 à 26 par minute, chez le malade de l'obs. 2.

Les injections ont eu pour effet d'augmenter notablement la quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures. Le malade de l'obs. 1 n'urinait que 500 grammes dans les vingt-quatre heures. A la suite de l'injection, les urines montèrent à 1,250 grammes.

Chez le malade de l'obs. 2, les urines augmenterent progressivement de quantité dans les quatre jours qui suivirent le traitement, et atteignirent le quatrième jour 1,500 grammes. Ce résultat fut d'autant plus remarquable que chez ce malade l'injection détermina une diarrhée abondante (dix à douze selles dans les vingt-quatre heures). La diarrhee semble d'ailleurs susceptible de se produire assez facilement après les injections massives. Le malade observé par Bosc eut également une diarrhée intense, à la suite de la troisième injection de sérum.

En fait, cette diarrhée doit être considérée comme un phénomène favorable dans l'urémie. Elle favorise

l'élimination des matières toxiques, qui sont la cause même des symptômes urémiques. Elle constitue donc un élément important dans le lavage du sang.

En résumé : élévation de la température, diminution du nombre des battements du pouls, régularisation de la respiration, augmentation de la diurèse, diarrhée, tels sont les phénomènes importants qui suivent les injections massives de sérum artificiel faites à des urémiques.

Ces phénomènes sont tous favorables dans un syndrôme, en rapport avec une intoxication. Ils justifient pleinement l'emploi de la méthode de lavage du sang, et expliquent la guérison parfois obtenue dans des cas en apparence presque désespérés.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Suite (1).

Traitement des diverticules œsophagiens.

M. GIRARD (de Berne). — Ces diverticules sont ou cervicaux ou œsophagiens. Les derniers sont peu fréquents et ne sont que des trouvailles d'autopsie.

Les diverticules cervicaux sont beaucoup plus fréquents qu'on ne croit, et j'en ai facilement réuni 35 à 37 observations. Ils provoquent des douleurs encore plus vives que celles qui se montrent dans la sténose œsophagienne de nature cancéreuse. Aussi, leur traitement s'impose.

Ce traitement peut être non opératoire ou opératoire. Le premier comprend le sondage, la déglutition dans le décubitus latéral, l'électrisation, cette dernière ayant réussi contre l'œsophagisme.

Des interventions chirurgicales ont dû être pratiquées. La gastrostomie a été faite deux fois. Les deux malades sont morts; mais l'un, deux ans après l'opération et après avoir repris l'alimentation par les voies ordinaires.

Kœnig a ajouté à cette opération la résection du diverticule.

Ce sont là des opérations graves. J'ai songé à parer au danger en invaginant simplement le diverticule dans l'œsophage et en oblitérant le sac ainsi retourné par deux ou trois étages de sutures en bourse au catgut au fur et à mesure de la réduction. Le diverticule invaginé est par là réduit à un bourrelet solide, proéminant assez peu dans l'œsophage, et l'on obtient l'atrophie graduelle de ce bourrelet. Sur deux cas, j'ai eu deux succès. Cette opération n'est indiquée que pour les petits diverticules qui ne dépassent pas les dimensions de l'index. Les plus volumineux sont justiciables de la résection.

Sur une nouvelle opération de gastrostomie (procédé valvulaire).

M. FONTAN (de Toulon). — Je vous parlerai d'un cas de gastrotomie nécessité par un retrécissement cicatriciel de l'œsophage avec inanition. Afin d'éviter les accidents de corrosion, infiltration des téguments, etc., dus à l'épanchement du suc gastrique et tous les procédés compliqués par lesquels on a cherché à y remédier, j'ai combiné un mode opératoire que l'on peut appeler « le procédé valvulaire ». Il consiste en une incision épigastrique ordinaire, saisie de la paroi stomacale avec une pince à dents de souris, et traction de cette paroi de façon à la faire hernier quelque peu, fixation en couronne de cette paroi exubérante, refoulement en dedans d'un pli de l'estomac sur lequel la pince reste fixée, et suture séro-séreuse des deux extrémités de ce pli valvulaire, enfin ponction au fond de la valvule ainsi créée à l'aide d'un bistouri étroit glissé à la place de la pince et mise en place d'une canule. Cette canule se trouve ainsi engainée dans une valvule en mitre d'évêque formée par le refoulement des tuniques stomacales et l'adossement de la séreuse à elle-même.

Ce procédé m'a fourni un succès complet.

Un cas de pylorectomie pour cancer de l'estomac au début. Guérison.

M. CHAPUT (de Paris). — J'ai opéré, le 18 juillet dernier, un malade âgé de cinquante et un ans, qui présentait des signes évidents de sténose gastrique : vomissements abondants, fétides, survenant toutes les nuits. En outre, évacuation par la sonde gastrique d'une grande quantité de liquide fétide le matin à jeûn. L'état général était bon, pas de signes de cancer.

La laparotomie médiane révèle un anneau néoplasique au pylore ; après résection de cette masse, fermeture en cul-de-sac de l'estomac et du duodénum par une suture à deux étages.

J'établis ensuite une gastro-entérostomie entre la première anse du jéjunum et la face antérieure de l'estomac.

Je fais un grand pli à l'estomac au moyen de deux grandes pinces courbes ; j'incise ce pli, je borde l'orifice d'un surjet à la soie. J'introduis mon bouton dans l'incision et je noue le surjet au fond de la gouttière du bouton. Même manœuvre sur l'intestin.

(1) Voir les nos 44 à 48 de l'*Union médicale*.

A travers les parois stomacales et intestinales, je rapproche les bords de la gouttière du bouton, ce qui me dispense d'un second étage de suture.

Guérison très simple.

L'examen histologique a montré une hypertrophie musculaire du pylore, avec une petite ulcération de la muqueuse. Sur un des bords de cette ulcération, on constate un petit îlot microscopique de tubes d'épithélium pavimenteux, métatypique, lésion caractéristique du cancer, d'après M. Toupet.

Chirurgie de l'estomac.

M. Doyen. — La gastro-entérostomie, dans les cas invétérés d'ulcère et d'hyperchlorhydrie, nous a donné des résultats excellents; mes malades mangent de tout.

Nous avons pratiqué sur l'estomac 94 opérations, dont 14 exploratrices, 25 pour cancer et 55 pour ulcère ou hyperchlorhydrie; elles nous ont donné 20 % d'insuccès.

Les coudures et la mauvaise direction du jéjunum après les rétractions de l'estomac, sont la cause principale de l'insuccès. Il faut donc attacher un soin particulier à disposer l'anse jéjunale descendante, de manière à ce que dans aucune situation il ne puisse se produire de reflux dans le duodénum, et dans ce but nous préconisons la suture en Y de Roux, de Lausanne.

Nous employons exclusivement les sutures à raison de deux plans; comme leur solidité n'a jamais fait défaut, nous rejetons le bouton de Murphy et l'entéro-anastomose par sphacèle; c'est de la chirurgie rétrograde.

Traitement par la gastro-entérestomose pour rétrécissement cicatriciel pylorique consécutif aux brûlures.

M. Hartmann. — A la suite de l'ingestion dans l'estomac de liquides caustiques, la mort rapide est la terminaison habituelle. Quelques malades survivent cependant; on voit alors se développer une sténose cicatricielle du pylore à marche rapide. C'est ce que nous avons pu constater chez un homme âgé de cinquante ans, qui avait absorbé, le 2 août 1894, une demi-verre d'acide chlorhydrique, et qui fut atteint bientôt d'une cachexie progressive Le 3 janvier 1895, nous pratiquons la gastro-entérostomie antérieure, avec surjet à la soie. Dès le lendemain, notre opéré absorbait un demi-litre de lait et une demi-bouteille de champagne; le septième jour, il commençait à manger. Aujourd'hui, vingt-deux mois après l'opération, il se porte parfaitement bien.

En pareil cas, certains chirurgiens ont eu recours à la pyloroplastie; mais les résultats éloignés n'ont pas été très bons. Au contraire, les malades guéris par la gastro-entérostomie sont restés parfaitement guéris. La gastro-entérostomie est la méthode de choix dans la sténose cicatricielle du pylore, et dans cette opération, après avoir employé le bouton de Murphy, je suis revenu au double surjet à la soie.

M. Kocher (de Berne). — J'ai pratiqué 22 fois la pylorectomie pour cancer. De ces cas, 6 ne datent que de seize mois, et je n'en parlerai pas. Sur les 16 qui restent, 3 peuvent être regardés comme guéris.

Dans ces trois cas, le chimisme est resté anormal, mais les malades ne souffrent plus et digèrent bien; il a donc suffit, pour obtenir ce résultat, de remettre l'estomac en état d'accomplir son rôle mécanique.

Trois guérisons sur seize opérés, ce n'est pas un chiffre, à première vue bien flatteur, mais il s'agit de malades à lésions trop avancées; je suis sûr qu'au fur et à mesure que nous pourrons traiter les malades plus près du début de leur affection, la proportion des succès augmentera. Aussi, je dirai aux médecins : « envoyez-nous vos malades plus tôt, pour que nous puissions vous les rendre guéris ».

M. Roux (de Lausanne). — Je ne suis pas partisan des boutons anastomotiques. Il est évident qu'un bouton vaut mieux qu'une suture mal faite, mais il est bien inférieur à une suture bien faite. Il ne permet pas d'alimenter immédiatement les malades, comme je le fais pour mes gastro-entérostomies avec suture, et cette prolongation du jeûne, chez des gens affaiblis par une longue privation de nourriture, est une cause puissante de mortalité. Je ne comprends l'emploi des boutons qu'au cas où les minutes sont comptées, où la faiblesse du malade oblige à se priver du bénéfice de la suture pour gagner du temps. En tout cas, je doute fort que les chirurgiens qui défendent les boutons, s'alimenteraient volontiers s'ils avaient un de ces boutons dans l'intestin.

M. Montprofit (d'Angers). — J'ai eu à soigner un cas analogue à celui que vient de rapporter M. Hartmann. J'ai pu enlever la virole cicatricielle, et j'ai pratiqué la suture. Le malade a guéri.

Puisque les chirurgiens se divisent maintenant en « boutonnistes » et en « suturistes », je déclare me ranger dans ce dernier groupe.

M. Delagenière (du Mans). — J'ai employé tous les différents systèmes de boutons. J'ai eu, avec eux, des accidents que ne m'auraient pas donné les sutures. Je n'emploierai plus jamais aucun bouton, quel qu'il soit.

Symphyse stomacale.

M. Guelliot (de Reims). — A côté des adhérences partielles qui unissent assez souvent la région pylorique de l'estomac aux organes voisins, il peut exis-

ter entre cet organe, d'une part, le foie et la paroi abdominale, d'autre part, une soudure intime, véritable symphyse stomacale. Deux observations en ont été communiquées à la Société de Chirurgie, par M. le professeur Terrier.

M. Guelliot a traité deux cas semblables avec succès.

Ainsi la symphyse stomacale, qui succède le plus souvent à un ulcère, peut aussi être d'origine traumatique ; l'opération peut devenir nécessaire quelques mois ou plusieurs années après l'accident primitif. Le principal symptôme est une douleur survenant pendant la digestion, et s'accompagnant bientôt de vomissements et d'un amaigrissement rapide. L'estomac se dilate, comme le cœur dans la symphyse cardiaque ; il peut s'abaisser ainsi que le côlon transverse. Les adhérences sont intenses, en nappes, difficiles à détacher ; elles peuvent s'épaissir et simuler un néoplasme malin. Leur destruction est toujours suivie d'une amélioration rapide ; malheureusement la récidive est fréquente. On pourra quelquefois, par une hépatopexie, éloigner les surfaces cruentées, et on devra remédier aux lésions secondaires par des opérations appropriées (dilatation du pylore, gastropexie, colopexie, gastroplication).

Entéro-anastomoses par cautérisation.

M. Souligoux expose son procédé d'entéro-anastomose tel qu'il l'a decrit il y a quatre mois à la Société de Chirurgie, et qui est basé, comme on sait, sur l'écrasement, à l'aide d'une pince, des parties à aboucher, qu'on entoure d'un surjet après les avoir cautérisées avec de la potasse caustique. Ce procédé a donné à M. Soulignoux des résultats excellents dans dix cas où on l'a employé chez l'homme.

M. Doyen. — A l'heure actuelle, on ne doit pas craindre d'ouvrir l'intestin : aussi, à mon sens, faut-il rejeter complètement l'opération préconisée par M. Souligoux. C'est une complication inutile.

M. Picqué. — J'ai vu appliquer dans mon service le procédé de M. Souligoux, et il nous a donné dans tous les cas d'excellents résultats. C'est une méthode opératoire que l'on devra dorénavant employer dans les interventions sur l'intestin.

Contribution à l'étnde des contusions de l'abdomen.

M. Demons (de Bordeaux). — Je publierai bientôt 15 cas dont la relation prendrait ici trop de temps.

Je crois d'abord que pour simplifier le problème, il faut éliminer les lésions des reins et de la vessie, qui se traduisent ordinairement par des symptômes vite et facilement appréciables, et dont la thérapeutique est d'une détermination relativement aisée.

La question principale à résoudre, en présence d'une contusion de l'abdomen, est celle-ci : y a t il lésion d'une organe splanchnique ? Les commemoratifs me paraissent très utiles. Non seulement il est certain que plus la contusion a été violente et plus il y a de chances de lésion viscérale, mais encore il faut tenir compte de ce fait qu'une contusion, en apparence modérée, doit être considérée comme violente, si elle a été produite par un corps de dimensions restreintes sur une surface relativement étroite : chute sur le bord d'un bateau, coup de bâton, etc. D'une manière générale, il faut être pessimiste. A moins qu'il ne soit absolument démontré que la contusion a été légère, il faut admettre qu'elle a été plutôt violente.

Mes observations ont également confirmé deux faits : 1° que la séméiologie des lesions viscérales est souvent atténuée et presque fruste ; 2° qu'après l'apparition de phénomènes inquiétants, et malgré une lésion grave, il peut survenir une accalmie trompeuse d'une durée plus ou moins longue.

Au point de vue des indications thérapeutiques, je propose la classification suivante. Elle a l'avantage de tenir compte de ce fait que le malade peut être observé à des époques différentes après la contusion :

I. Contusion légère.

II. Contusion douteuse (légère ou violente ?)

III. Contusion violente (avec péritonite consécutive) :

a) Sans schock.

b) Avec schock modéré, persistant, suivi d'accalmie.

c) Avec schock considérable, persistant, suivi d'accalmie.

La contusion légère, manifestement légère, ne demande qu'un traitement simple.

La contusion douteuse (légère ou violente) doit être traitée comme une contusion violente.

La contusion violente sans shock exige la laparotomie précoce. Il est vrai qu'on s'expose à ne trouver aucune lésion, le ventre ouvert. Mais alors la laparotomie est une laparotomie exploratrice, simple et innocente.

La contusion violente avec shock modéré persistant implique des lésions sérieuses et commande plus encore la laparotomie précoce. Si le shock modéré est suivi d'accalmie, il faut considérer cette accalmie comme trompeuse, ne pas la regarder comme une marche favorable et naturelle vers la guérison. Il convient d'opérer le plus tôt possible.

La contusion violente avec shock considérable persistant indique des lésions très graves, souvent multiples. Bien que la laparotomie constitue la seule

ressource, il est prudent de la différer, si le blessé est menacé de mort prochaine, si le pouls est absent ou imperceptible. Le blessé ne pourrait pas supporter l'opération.

S'il survient une accalmie, au bout de cinq, dix, quinze heures, il faut vite en profiter pour agir. Le malade est devenu capable de résister à la double atteinte du traumatisme et de l'intervention.

La péritonite consécutive est justiciable de la laparotomie. Mais cette opération est faite alors dans des conditions bien fâcheuses. Que de chirurgiens, déroutés par cette complication imprévue d'un traumatisme qu'ils jugeaient d'abord inoffensif, ont amèrement regretté de ne pas être intervenus plus tôt!

Laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

M. Guinard (de Paris). — Lorsque l'intestin est perforé à la suite d'un traumatisme de l'abdomen, on aura d'autant plus de chances de guérir le malade qu'on aura pu faire une opération plus précise. Le succès, en pareil cas, est surtout réservé aux interventions hâtives.

J'appelle l'attention sur deux symptômes qui me paraissent des plus importants pour diagnostiquer la perforation de l'intestin en cas de contusion de l'abdomen. C'est d'abord la sonorité tympanique pré-hépatique et, en second lieu, une contracture des muscles abdominaux qui empêche complètement toute explosion manuelle profonde. Les malades, en pareil cas, ont « le ventre en bois », et plutôt rétracté que ballonné. Malheureusement, en dehors de ces deux signes que je regarde comme pathognomoniques de la perforation traumatique de l'intestin, il y a le plus souvent une véritable impossibilité à affirmer le diagnostic. C'est pour ces cas douteux que je conseille une boutonnière exploratrice précoce. Au lieu de temporiser et d'attendre que quelque phénomène grave permette de poser le diagnostic et force la main du chirurgien, pourquoi ne pas intervenir immédiatement dans tous les traumatismes graves de la paroi abdominale? En pareil cas, voici la règle que je conseille : il faut pratiquer au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, une boutonnière de 2 centimètres.

Si, comme cela m'est arrivé dans mes trois observations, on trouve dans la cavité péritonéale des gaz, des matières fécales ou du sang, on agrandit rapidement l'incision et on cherche la lésion viscérale; si, au contraire, la cavité péritonéale est intacte, on referme la boutonnière étroite qu'on avait pratiquée. Dans ce dernier cas, on peut affirmer qu'on n'a en rien aggravé l'état du blessé; c'est vraiment une opération absolument innocente que celle qui consiste à ponctionner ainsi le péritoine et on ne saurait parler de shock consécutif. Si cette pratique se généralise, on ne laissera plus jamais passer inaperçues, pendant trente-six ou quarante-huit heures, des lésions intestinales qu'il est si facile de déceler par une intervention simple et facile.

Je conclus donc en disant que la boutonnière exploratrice immédiate doit toujours être pratiquée en cas de contusion grave de l'abdomen; si la cavité péritonéale contient des gaz, des liquides fétides ou du sang, l'opération deviendra curative; sinon, on refermera la boutonnière qui n'aura assurément causé aucun dommage. On est certain, par cette pratique, de ne pas méconnaitre des lésions fatalement mortelles qui peuvent, pendant vingt-quatre et même trente six heures, ne se manifester par aucun symptôme caractéristique.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Plaie incomplète du cæcum. Laparotomie. Guérison.

M. Demoulin (de Paris). — J'ai eu à traiter dernièrement une jeune femme atteinte de plaie pénétrante de l'abdomen par où sortait une grosse masse épiploïque. Je fis une large laparotomie qui me permit de pratiquer la ligature de plusieurs artérioles saignant abondamment dans le péritoine, et de constater une plaie incomplète du cæcum. La guérison fut parfaite. Comme les précédents orateurs, je crois qu'il faut faire dans ces cas une laparotomie large et hâtive.

M. Reclus (de Paris). — Autant j'étais hostile aux interventions chirurgicales dans les contusions et les plaies de l'abdomen lorsque, l'antisepsie n'étant pas connue, ces opérations avaient une énorme gravité, autant maintenant je reconnais que la laparotomie s'impose dès les premières heures, avant la parésie de l'intestin, avant le début de la péritonite; mais une laparotomie large et non la petite incision de M. Guinard, qui ne peut permettre de rechercher et de trouver les lésions intestinales.

M. Guinard. — Je vois que le but de la petite incision exploratrice, que je propose, n'a pas été saisi. Elle n'est pas faite pour permettre de remédier aux lésions, si lésions il y a, mais simplement pour constater si l'état du péritoine réclame ou non une intervention chirurgicale.

Plaie pénétrante de l'abdomen par tesson de bouteille. Hernie d'une grande partie de l'intestin grêle, de l'épiploon, du côlon et de l'estomac. Intervention, guérison.

M. J. Reboul (de Nimes). — Une enfant de quatre ans, en tombant sur un tesson de bouteille, se fait une large plaie du flanc gauche, il se produit immé-

diatement une hernie de la plus grande partie de l'intestin grêle. Je vois l'enfant trois quarts d'heure après l'accident. Ne pouvant réduire l'intestin hernié, je recouvre le paquet intestinal d'un pansement antiseptique et fais transporter l'enfant à l'Hôtel-Dieu, où j'interviens une heure et demie après l'accident. Pendant le transport, la hernie des viscères a augmenté; en outre des anses intestinales, l'épiploon, une partie du còlon et de l'estomac font hernie à travers la plaie. Anesthésie légère au chloroforme. A cause du volume de l'éventration et de l'étranglement des organes herniés, je suis obligé d'augmenter l'étendue de la plaie. La réduction, impossible auparavant, devient alors facile. Pas de lésions profondes, pas de perforations intestinales. Après toilette des organes herniés, qui sont fortement injectés et agglutinés par des adhérences filamenteuses blanchâtres (début de péritonite), je les réduis en ayant soin de les disposer régulièrement dans la cavité abdominale; sutures de la paroi par trois plans de suture. Pansement ouato-collodionné, glace sur le ventre. Suites normales, guérison parfaite.

Le Dr Reboul insiste sur la rareté de ce cas, sa gravité, l'importance d'une intervention rapide et la guérison que l'on peut obtenir, meme lorsqu'il y a déjà péritonite.

Technique et indications de la résection du rectum en cas de cancer.

M. Depage (de Bruxelles) expose sa technique pour la résection du rectum en cas de cancer.

1° Position gynécologique, de façon à donner au bassin une direction verticale. Incision médiane sur la face postérieure du bassin et résection du coccyx avec une ou deux vertèbres sacrées en cas de nécessité.

2° Dégagement du rectum en ayant soin do laisser adhérent à l'intestin le plus de tissu cellulaire et le péritoine possible, afin de conserver l'artère hémorroïdale supérieure, de ne pas compromettre la nutrition du bout supérieur, et d'enlever en bloc le cancer avec les ganglions lymphatiques atteints par la maladie.

3° Fermeture de la cavité péritonéale immédiatement après le dégagement de l'intestin et la résection du néoplasme.

4° Abaissement du bout supérieur jusqu'à l'anus après l'avoir invaginé dans le bout inférieur, même pour les cancers très élevés. La gangrène du bout supérieur n'est pas à craindre si l'on conserve intacte l'hémorroïdale supérieure.

5° Tamponnement ou suture de la plaie en étages.

L'auteur ne pratique pas, en général, l'anus iliaque préventif. Il n'admet cette opération, en tant qu'opération préliminaire, que dans deux conditions : 1° s'il y a urgence et si l'état du malade est sérieusement compromis; 2° si le cancer est tellement étendu que le sacrifice du rectum est indispensable.

Résultats : sur dix opérations, deux décès.

Traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead.

M. Delorme (du Val-de-Grâce). — Les succès constants que m'a fournis l'excision circulaire de la muqueuse rectale hémorroïdaire me font regarder la méthode Whitehead comme une méthode de choix, mais je limite son emploi aux hémorroïdes internes ou extéro-internes volumineuses formant un bourrelet circulaire et non enflammé.

Quatre conditions sont surtout indispensables pour en assurer le succès :

a) Dépasser les limites de la muqueuse malade;

b) Utiliser une bonne suture;

c) Conserver avec soin les sphinters, surtout l'externe;

d) Obtenir l'inertie absolue des muscles périrectaux, jusqu'à réunion solide.

a) Au début de l'emploi de cette opération, on hésite à remonter au-dessus du sphincter interne jusqu'aux points où la muqueuse change brusquement sa couleur violacée de muqueuse malade pour une couleur rose normale.

b) Les sutures qui traversent la muqueuse malade tiennent mal, sa section remonte et on s'expose à obtenir non une cicatrice linéaire, mais une cicatrico étendue rétractile, douloureuse ou rétrécissante.

La suture à points passés disposée sur toute la circonférence rectale, comme l'a recommandé Whitehead, ne m'a pas toujours paru suffisante, car soit par le fait de l'ulcération de la muqueuso ou du fait de la rétraction rectale, spontanée ou due à l'action du sphincter ou du releveur, la suture peut partiellement manquer.

Pour plus de sûreté, j'applique la muqueuse contre la peau dans quatre points cardinaux par des sutures à anses assez larges et modérément serrées. Elles résistent.

C'est à la fois pour pouvoir commodément appliquer ces sutures et pour bien juger de l'étendue des altérations de la muqueuse que je reste attaché à l'ancien procédé du chirurgien de Manchester qu'il a abandonné : l'incision en quatre ailerons.

c) Lorsque les hémorroïdes sont déjà anciennes, ou qu'elles sont très volumineuses, la dissection du sphincter externe, confondu en certains points avec elles ou masqué par elles, est délicate : on risque de l'intéresser si on n'apporte pas à sa séparation une

grande attention. La recherche du sphincter interne déjà éloigné du champ d'action principal est plus facile. Il tranche par sa coloration rosée et, comme son dégagement doit se faire avec l'ongle de l'index, il ne risque pas d'être dilacéré, mais comme il forme une mince bandelette, on risque, par contre, de le laisser adhérent à l'intestin.

d) L'action du sphincter externe est annihilée par sa dilatation et pour un temps suffisant, mais le releveur de l'anus, dont on se préoccupe moins et qui tend bien plus à désunir la plaie, resterait entière si, par les opiacés à hauto dose, on ne supprimait la sensation du besoin d'aller à la garde-robe.

Je constipe mes malades dix à douze jours, tout en les soumettant à un régime spécial. A ce moment, la plaie est bien réunie et les sutures sont presque toutes tombées d'elles-mêmes.

En résumé, l'opération de Whitehead est excellente; dire, contrairement à lui, qu'elle est parfois un peu délicate, c'est en servir les intérêts.

M. Picqué (de Paris). — Ce procédé m'a donné les mêmes bons résultats qu'à M. Delorme. Ma façon d'opérer diffère un peu de la sienne, car je ne conserve pas la muqueuse, je l'excise. Quoi qu'il en soit, j'estime que le procédé de Whitehead est le meilleur mode de traitement des hémorroïdes.

M. Reclus. — Je partage l'opinion de MM. Delorme et Picqué, mais j'insisterai sur la nécessité de faire les sutures au catgut pour épargner dans la suite aux malades l'enlèvement très douloureux des fils.

M. Ozenne. — Les hémorroïdes ne sont pas toujours justiciables du bistouri, ainsi qu'on vient de le dire. La cautérisation a fait ses preuves dans ce traitement. Notamment la pointe du thermo-cautère, enfoncée dans chaque hémorroïde, donne de bons résultats.

M. Picqué. — On ne saurait nier les cures obtenues par la cautérisation, mais c'est une méthode qui a au moins l'inconvénient d'être longue. J'ai opéré dernièrement par le procédé de Whitehead un de mes externes qui, onze jours après, donnait le chloroforme.

Considérations sur la blennorragie ano-rectale.

M. Jullien (de Paris). — Si la blennorragie anale est admise depuis un certain temps, il n'en est pas de même de la blennorragie rectale, sans doute parce que cette affection demande à être cherchée.

Elle a cependant trois signes caractéristiques ;

1° La *goutte*, goutte de pus, rarement altérée par les matières fécales, et contenant le gonocoque. Elle ne sort pas de l'anus, il faut l'y amener ;

2° La *fissure*, qui est due à une desquamation épithéliale;

3° Le *condylome*; il est différent de tout autre condylome, à peine rosée, mou, et point douloureux.

Le catarrhe ano-rectal est excessivement rebelle et un rétrécissement est à redouter. *(A suivre.)*

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 1er décembre 1886

M. L. Klein présente à l'Académie une fillette de quatre ans, née à terme de parents bien portants, qui, à l'âge de dix mois, a été victime d'un accident. Sa garde l'a laissée tomber dans l'escalier, et est tombée elle-même sur la tête de l'enfant. A la suite de cette chute, l'enfant est restée pendant plusieurs jours dans un état de commotion cérébrale, ne reconnaissant pas ses parents, somnolant tout le temps et refusant toute nourriture. Mais ces phénomenes alarmants se sont dispersés au bout d'une huitaine de jours, et depuis, jamais l'enfant ne s'en est ressentie. A l'heure actuelle, la fillette, d'ailleurs bien développée, se porte parfaitement bien, mais en appliquant l'oreille sur un point quelconque du crâne de l'enfant, on perçoit avec une grande netteté un bruit qui offre les caractères suivants : c'est un bruit intermittent, isochrone aux pulsations cardiaques et à timbre musical, c'est un souffle accompagné de piaulements. Ce bruit s'entend également bien sur tous les points du crâne, mais paraît surtout fort aux apophyses mastoïdes, ce qui tient probablement à l'absence de cheveux dans cette région et aussi à ce que les cellules mastoïdiennes servent de caisse de résonnance et renforcent le son.

L'enfant elle-même dit entendre du bruit dans sa tête depuis qu'elle voit son entourage s'en occuper. Le crâne est normal. M. Klein croit à un anévrisme cirsoïde.

— M. Kelsch lit ensuite un long travail sur la *contagion et l'origine des maladies infectieuses.* L'expérimentation a démontré que la contagion ne joue pas le rôle exclusif qu'on lui a attribué dans la genèse des maladies infectieuses, et la clinique a bien mis en évidence le rôle important du terrain et de l'hérédité. D'autre part, un grand nombre de microbes peuvent vivre longtemps dans l'organisme, à l'état de saprophytes, puis devenir virulents et pathogènes sous l'influence de causes inconnues. Les fièvres éruptives, la dothiénentérie, le choléra, etc., peuvent naître en dehors de toute contagion, dans une localité où elles ne sont pas importées par un premier malade ; l'épidémie est donc due aux germes disséminés dans les milieux et dans l'organisme. Ceci semble évident, surtout pour la fièvre typhoïde, qui se développerait spontanément et serait due, soit au bactérium coli dont la virulence s'exagérerait, soit à un bacille d'Ebert, vivant auparavant à l'état de saprophyte dans le tube digestif; pour le choléra, dont on retrouve constamment les vibrions, dans les eaux d'égouts, etc.

Donc, certaines maladies infectieuses peuvent avoir une origine double : contagion ou développement spontané.

— M. Panas lit un rapport sur un travail de M. Gourfein (de Genève), intitulé : *double ophtalmoplégie héréditaire chez six malades de la même famille.*

— M. Blanchard lit un rapport sur un travail de M. Legrain (de Bougie), ayant trait à un *nouveau cas de « pied de madura »*, observé en Algérie.

— L'Académie se réunit enfin en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Ferrand, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale.

Voici l'ordre de classement :

1re ligne : M. Huchard ;
2e — M. Mauriac ;
3e — *ex æquo :* MM. Du Castel, Hutinel, Moutard-Martin, Sevestre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Brun vient combattre la théorie formulée par M. Dieulafoy et soutenue par M. Routier, sur la *pathogénie de l'appendicite*. Comme M. Routier, mais dans un sens opposé, il se sert de l'observation de M. Guinard, et montre qu'il y avait là, cavité close de l'appendice sans accidents d'appendicite.

M. Brun revient sur les expériences de M. Gervais de Rouville, qui peuvent être intéressantes au point de vue expérimental, mais ne prouvent rien au point de vue clinique.

Du reste, dit M. Brun, il existe des quantités d'observations, et il en a publié, dans lesquelles il y avait cavité close sans le moindre accident.

M. Dieulafoy lui a répondu que dans ces cas la virulence des produits avait disparu, mais il faudrait le prouver.

Prenant une observation de M. Routier, M. Brun montre qu'il a enlevé et montré à la Société un appendice clos qui n'avait jamais déterminé d'accidents.

Il est encore d'autres preuves, celles tirées d'appendicites avec accidents, sans que le canal appendiculaire fût obstrué.

Pour M. Brun, on localise trop l'appendicite, les lésions ne se bornent pas là. Il faut savoir qu'il y a souvent de l'entérite et de la colite membraneuses qui causent les accidents, et c'est secondairement que l'appendice s'infecte. Dans son intérieur, la virulence s'exagère à cause des glandes et des follicules clos qui y sont contenus.

M. Walther affirme l'opinion donnée par M. Brun. Il a, depuis 1896, observé 27 cas d'appendicite confirmés, et il en a opéré 17. Sur ces 17 cas, il a observé 3 fois ces appendicites dans le cours d'une entéro-colite, et d'autres cas dans le cours d'une fièvre typhoïde ou d'une atteinte de gastrite. Chez d'autres malades (11 fois), l'appendicite est survenue au cours d'une entéro-colite chronique.

Sur ces 17 cas opérés, il a ouvert 2 foyers sans résection de l'appendice. Dans 5 cas, l'opération a été faite à froid. Restent 10 cas opérés en formes aigues. 3 fois il y avait de la péritonite généralisée. 1 fois il y avait un corps étranger, un poil de brosse à dents; la péritonite était sèche. Le malade est mort. La cavité n'était pas close. Dans le second et le troisième cas de péritonite par perforation, le canal appendiculaire était libre.

Dans les autres cas, M. Walther a toujours trouvé la cavité de l'appendice perméable, et même, chez un malade, l'histologie a démontré des lésions anciennes, consécutives à une première crise et ayant déterminé un commencement de rétrécissement.

M. Jalaguier est du même avis. Il a commencé par être partisan de la théorie du vase clos de Talamon ; mais aujourd'hui, il est arrivé à croire que la fermeture de l'appendice est le résultat et non la cause de l'appendicite. Plus il étudie l'appendicite et plus il y voit un état local sous la dépendance d'un état général, comme l'amygdalite, par exemple, et M. Jalaguier cite plusieurs observations à l'appui de son dire. L'oblitération du canal appendiculaire crée simplement une prédisposition aux rechutes.

— M. Broca fait un rapport sur une observation de *corps étranger de l'œsophage*. Il s'agissait d'une broche avalée par un enfant de six mois. M. Lemaitre (de Limoges) vit l'enfant le dixième jour et put penser que le corps étranger avait passé, mais le quatorzième jour des accidents se montrerent et M. Lemaitre dû pratiquer l'œsophagotomie externe.

La suture complète du conduit fut pratiquée, il y eut une fistule qui dura peu de temps. L'enfant guérit. C'est M. Lemaitre qui paraît tenir le record de la jeunesse dans l'opération d'œsophagotomie.

M. Broca insiste sur la grandeur des corps étrangers qui peuvent tenir dans un œsophage d'enfant en bas âge et il cite l'observation d'un jeune enfant qui avait une clef de commode dans l'œsophage et qui cependant pouvait avaler. M. Broca cite ensuite une observation d'œsophagotomie faite sur un enfant de seize mois, pour un rétrécissement cicatriciel et qui avait trois cailloux plats dans ce conduit. L'enfant mourut, au cinquième jour, d'accidents tuberculeux.

— M. Segond fait une communication sur un *cancer primitif du foie* opéré par la laparotomie. C'est là une observation rare, car dans la science il n'existe que douze observations, dont trois sarcomes et les autres des épithéliomas.

De la lecture de ces observations, il découle que dans certains cas, le cancer se présente de telle façon qu'on peut l'enlever. De plus, cette intervention ne serait pas grave, puisque sur douze opérations il y a eu douze succès. On a eu à lutter contre l'hémorragie et dans tous les cas, sauf deux, il a fallu faire un pédicule extra-péritonéal. Toutes les fois, le diagnostic n'a été fait qu'après l'ouverture du ventre.

La malade de M. Segond est morte dans les vingt quatre heures de shock. Elle était opérée pour une tumeur fibreuse de l'utérus. Il y a donc eu une grosse erreur de diagnostic. Mais cette femme était atteinte d'une affection utérine, avait des pertes, et on avait fait le diagnostic de tumeur fibro-kystique. Il existait, de plus, une tuméfaction dans le flanc droit qui était appliquée sur une autre tumeur implantée sur le fond de l'utérus. La tumeur du flanc droit n'était pas mobile dans le sens longitudinal, mais elle l'était dans le sens transversal. Enfin, il existait une zone de sonorité entre le foie et la tumeur.

L'opération montra l'intégrité des organes sexuels et une tumeur dure appendue au foie.

— M. Terrier a reçu ce matin un travail de deux chirurgiens russes qui ont indiqué les procédés pour extirper les tumeurs du foie. Les auteurs ont fait leurs recherches sur des lapins, recherches qui ont trait à la ligature du tissu hépatique Le meilleur procédé est une ligature en chaîne Ces chirurgiens russes préconisent le traitement intra-péritonéal, et M. Terrier estime que c'est la méthode de l'avenir.

— M. Verchère fait une communication intitulée *sur la période prémonitoire des rétrécissements du rectum.*

***

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1896

Suite de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite.

Rapport sur le traitement de l'anus contre nature d'origine herniaire (M. Barette), par M. Jalaguier.

Communication. — Recherches expérimentales et étude critique sur la chirurgie du poumon, par M. Quénu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre 1896

M. Séglas revient sur la communication de M. Comby, à propos des *vésanies consécutives aux maladies infectieuses chez l'enfant*, et en rapporte un fait consécutif à une fièvre typhoïde. La pathogénie n'est pas encore très claire; à côté de l'épuisement nerveux, de l'urémie, de l'inanition, des troubles de nutrition cérébrale, on invoque aussi l'action de l'agent infectieux et de ses toxines. Le pronostic de ces vésanies est très variable; tantôt elles guérissent sans laisser de traces, tantôt elles laissent une véritable débilité intellectuelle.

— M. Danlos montre un malade qui, six mois après l'apparition d'un zona ophtalmique, a commencé à présenter les signes de la paralysie générale. Ce malade n'est pas syphilitique. M. Bressaud a publié des cas de zona ophtalmique suivis de troubles nerveux graves (hémiplégie). M. Danlos se demande donc si chez son malade il y a eu simplement coïncidence entre le zona et la paralysie générale, ou s'il y a, au contraire, un rapport de cause à effet.

MM. Marie et Renou font observer que la théorie de l'origine centrale du zona gagne tous les jours du terrain, mais qu'on ne peut encore préciser sa nature.

— MM. Marie et Jolly présentent un fait de *myxœdème guéri par l'emploi de la thyroïodine (iodothyrine)*.

Les auteurs rappellent que M. Baumann (de Fribourg) a découvert qu'il existait dans la glande thyroïde du mouton et de certains animaux une combinaison organique d'iode (thyroïodine) à laquelle on peut attribuer l'action physiologique si curieuse de la glande thyroïde sur la nutrition. Cette thyroïodine ne semble pas être très abondante, puisque 1 gramme de glande fraîche ne contient guère que 3 milligrammes d'iode en combinaison organique; mais en revanche elle est très active et il importe de la prescrire à doses faibles.

MM. Marie et Jolly ont eu l'occasion de soumettre au traitement par la thyroïodine une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de myxœdème depuis plusieurs années et présentant cette affection à un degré des plus prononcés. La préparation employée a été l'*iodothyrine* de Fréd. Bayer, à la dose quotidienne de trois à quatre paquets de 30 centigrammes, correspondant chacun à 1 milligramme d'iode en combinaison organique ou à 30 centigrammes de glande fraîche.

Quoique chez cette malade il existait une forte dyspnée cardiaque et un peu d'albumine dans l'urine, l'amélioration ne tarda pas à survenir, et au bout de trois jours de traitement on en constatait déjà les traces. Au bout de six semaines de traitement, la malade quittait le service complètement transformée.

La thyroïodine est donc un médicament que l'on peut considérer comme produisant les mêmes effets salutaires que la glande thyroïde. Le dosage en est sûr.

Dans un cas de goitre, avec phénomène de dyspnée et tachycardie, MM. P. Macé et Jolly ont obtenu également par l'iodothyrine une amélioration notable.

M. Launois insiste sur la mauvaise qualité de quelques préparations thyroïdiennes. dragées, tablettes, capables de donner des accidents. Il est donc préférable de se servir de la thyroïodine.

— MM. Barbier et Deroyer présentent un intéressant travail sur l'emploi *des injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée dans l'infection intestinale des nourrissons*. Ces auteurs ont étudié avec soin ce qu'on peut appeler le *temps de réaction*, c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes consécutifs à ces injections, et ils ont essayé en particulier de déterminer les modifications de la température et du pouls. Ils ont employé l'eau salée à 7 °/₀₀; les doses injectées n'ont pas dépassé 30 centimètres cubes en vingt-quatre heures.

M. Barbier présente des courbes montrant l'élévation de température et l'accélération du pouls après les injections de sérum artificiel. L'état général est en même temps modifié; ces modifications semblent être la conséquence de la stimulation de tout l'organisme, et en particulier du relèvement de la pression sanguine et de la température.

« Les malades, dit M. Barbier, qui offraient l'aspect du collapsus, avec le nez pincé, la face pâle, les yeux mi-clos et les extrémités froides, semblent sortir de cet état; les réflexes oculaires reparaissent, la face est plus colorée, et le réchauffement des extrémités indique une activité plus grande de la circulation périphérique.

« Étant connus les effets que nous avons étudiés plus haut, nous croyons ces injections indiquées dans deux circonstances :

« 1° Dans les entérites infectieuses aiguës avec hypothermie, qui n'indiquent pas d'une façon formelle, par suite d'une diarrhée excessive, les injections massives d'eau salée.

« 2° Dans les entérites chroniques, qui présentent les mêmes caractères d'hypothermie, avec affaiblissement progressif. Nous ne croyons pas qu'elles puissent être indiquées dans les formes fébriles où il ne semble pas qu'il y ait lieu d'augmenter encore l'élévation de la température et l'accélération du pouls.

« Mais leur indication reparait quand, dans le cours d'une diarrhée fébrile, survient une période d'hypothermie ou de collapsus. Ajoutons, pour terminer, que ces injections d'eau salée n'ont aucune action sur la diarrhée ni sur les phénomènes autres que le collapsus, etc., dus à l'absence des matières toxiques dans l'intestin. Quant à leur action sur la nutrition générale, elle est bien indécise, si elle existe. Nous avons bien noté, chez certains malades qui maigrissaient auparavant, un état stationnaire de leur poids, ou même une légère augmentation. Mais ici encore les causes intestinales ou autres qui entrent en jeu sont trop complexes pour que nous puissions conclure, de nos faits, à une action réelle sur la nutrition générale. Cependant cette action est au moins vraisemblable, si, par analogie, on applique à l'homme les résultats obtenus chez les animaux. »

« Les résultats rapportés par M. Barbier, dit M. Guinon, sont intéressants, car ils montrent qu'avec de faibles doses de solution saline on peut obtenir des effets importants. A ce propos, je voudrais faire quelques remarques sur le dosage des injections salines chez l'enfant.

« Les doses faibles employées par M. Barbier varient de 15 à 20 centimètres cubes; mais il faut remarquer qu'elles sont déjà considérables, car chez un enfant de 6 à 7 kilogrammes, poids moyen des nourrissons qu'on a généralement à soigner d'infection gastro-intestinale, ces doses correspondent à 150 et 200 centimètres cubes, injectées en une journée à un adulte de 60 à 70 kilogrammes.

« Les doses fortes varient de 100 à 150 centimètres cubes.

« Je pense que ces deux modes d'administration ont leurs indications différentes. Les doses fortes sont indiquées quand une déperdition énorme de liquide a produit un affaissement considérable de la circulation (choléra infantile à diarrhée profuse) ou dans le cas d'intoxication profonde avec ou sans hyperthermie, dans l'urémie aigue scarlatineuse, en un mot, dans tous les cas où il y a urgence à rétablir rapidement la circulation périphérique qui menace de s'arrêter, ou bien quand il faut éliminer rapidement des poisons accumulés, en rétablissant la sécrétion urinaire arrêtée.

« Les injections à doses faibles employées par M. Barbier ont leurs indications dans les états dépressifs qui accompagnent et suivent les maladies aiguës (quand elles se prolongent, par exemple dans le cours ou la convalescence d'une broncho-pneumonie, d'une grippe grave, d'une fièvre typhoïde avec dépression de forme et amaigrissement excessif, enfin, dans les injections gastro-intestinales à marche subaiguë et particulièrement dans les états atrophiques qui suivent ces infections.

« Telle est du moins ma pratique ; j'ai trouvé les mêmes indications esquissées dans la très intéressante thèse de M. Thiercelin. »

Pour MM. Comby et Hayem, les injections d'eau salée agissent comme les stimulants, mais leur effet est toujours passager, et on aurait tort de trop compter sur elles dans les infections intestinales graves, le choléra infantile, par exemple.

— MM. Achard et Bensaude font une longue communication sur les *infections paratyphoïdes*. Ce sont des maladies infectieuses dont le tableau clinique ressemble à celui de la fièvre typhoïde et dont les agents pathogènes présentent aussi une affinité très étroite avec le bacille d'Eberth. On obtiendrait avec le sérum des typhiques la réaction de l'agglomération avec des cultures de ces micro-organismes.

— M. Béclère présente au nom de M. Masse (de Toulouse) une note concluant à l'*action agglutinante du colostrum* sur le bacille d'Eberth.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Broca. Troisième édition. (Masson et Cie, éditeurs.)

Une simple mention devrait suffire pour signaler la troisième édition du livre de Pozzi. Connu de tous les médecins français qui s'intéressent à la gynécologie, traduit dans plusieurs langues et partout répandu, ce traité n'a plus besoin d'éloges ni d'analyse détaillée.

J'admire, pour ma part, le courage qu'il a fallu à l'auteur pour faire un travail didactique de cette importance, un exposé méthodique de la gynécologie dans son ensemble, étant d'ailleurs un esprit très personnel et un chirurgien d'action. De pareils ouvrages sont faits généralement par les « bons esprits », ceux qui s'assimilent les idées plus volontiers qu'ils n'en produisent. Mais tout exposer, tout disposer en bon ordre et tout faire comprendre, sans abdiquer son autorité ni descendre au rôle de répétiteur, c'est une besogne ardue et une entreprise peu vulgaire. On sait comment Pozzi s'est acquitté de sa tâche.

Il n'a pas voulu rester au-dessous de lui-même en négligeant de mettre son livre au courant des derniers travaux. Cette troisième édition a été soigneusement complétée, plusieurs chapitres ont subi une véritable transformation ; tels sont ceux relatifs à l'asepsie, au traitement des corps fibreux par les nouveaux procédés d'hystérectomie abdominale et vaginale, aux indications de cette dernière opération dans les suppurations pelviennes, aux interventions récentes contre les rétro-déviations utérines, etc. L'anatomie pathologique a été l'objet d'une revision attentive, et de nombreuses figures originales ont remplacé les anciennes.

Si l'auteur a dû quelquefois émietter ses descriptions cliniques, au lieu de chercher les rapprochements et les vues d'ensemble, afin de garder les divisions classiques et de rester « livre d'enseignement », il a su, en revanche, nous conduire, sans jamais s'égarer, à travers les modes d'exploration, l'outillage, les procédés d'auteurs, les statistiques. On peut n'être pas de son avis sur tous les points, mais on doit reconnaître que ses conclusions s'appuient toujours sur une critique judicieuse et une expérience de bon aloi.

Tel qu'il se présente, dans sa forme typographique irréprochable, le *Traité de gynécologie clinique et opératoire* a tous les droits à notre reconnaissance, car il était, à son apparition, et il reste, après ses derniers remaniements, l'expression éloquente des progrès accomplis par la gynécologie française depuis quinze ans ; il en présente une heureuse synthèse, en montre l'évolution incessante, et nous fait entrevoir pour elle un avenir toujours plus brillant.

L.-Gustave Richelot.

ÉCHOS & NOUVELLES

Académie de médecine. — La séance solennelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 15 décembre.

Hôpitaux de Paris. — M. A. Marchand est désigné pour Boucicaut.

Par suite des décès de MM. Desprès et Nicaise, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Reclus passe de la Pitié à Laënnec ; M. Campenon, de Broussais à la Charité ; M. Tuffier, de la Maison de santé à la Pitié ; M. Michaux, d'Ivry à Broussais ; M. Chaput, de Bicêtre à la Maison de santé ; M. Ricard, du Bureau central à Bicêtre ; M. Poirier, du Bureau central à Ivry.

M. Auvard est désigné pour Boucicaut.

École du Val-de-Grâce. — Le concours d'agrégation de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Sieur et Loison.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10

N° 50. L'UNION MÉDICALE 12 Décembre 1896.

SOMMAIRE

A NOS ABONNÉS

L'*Union médicale* touche à la fin de sa cinquante et unième année. Au cours de cette longue carrière, elle a subi des vicissitudes, changé de forme, d'éditeurs, de redacteurs en chef; elle n'a pas varié dans sa ligne de conduite, et a toujours suivi la voie droite où l'avaient engagée ses fondateurs, Amédée Latour, Richelot, Aubert Roche, où l'a maintenue pendant quarante-cinq années son premier gérant, le Dr Richelot.

Ce nom vénéré et celui de l'*Union médicale* ont semblé inséparables. Bien qu'entraîné sans cesse loin du journalisme, j'ai tenu à faire durer cette alliance; et quand il m'a fallu renoncer, faute de temps, à m'occuper directement d'impressions, de corrections d'épreuves et de nouvelles médicales, des auxiliaires dévoués et d'éminents écrivains ont mis leur talent au service d'une œuvre dont les premiers soutiens avaient peu à peu disparu.

Je donne ici un respectueux souvenir à la mémoire de Jules Rocbard, qui a été l'ami de mon père et qui a voulu, après lui, servir encore l'*Union médicale*. Je remercie cordialement tous mes collaborateurs de ces dernières années; Richardière, dont le nom et les travaux honoraient nos colonnes; Eugène Rochard, à qui n'a manqué, pour être un rédacteur en chef de premier ordre, que d'avoir à diriger un journal plus jeune.

J'abuserais de leur amitié et de leur dévouement si je leur demandais de continuer plus longtemps une publication dont mes occupations m'éloignent et à laquelle je deviens tous les jours plus étranger.

L'*Union médicale* cessera de paraître à la fin de cette année. En terminant sa carrière, elle adresse un adieu reconnaissant à ses vieux abonnés, à ses lecteurs fidèles, et leur demande de garder pour les hommes qui l'ont dirigée en commun les sentiments d'estime et de bonne confraternité qu'elle avait à cœur de leur inspirer. Un journal qui finit, c'est une forme qui disparaît; mais les hommes et leurs pensées restent unis après qu'elle a disparu.

Cette union persistera surtout, si nos lecteurs veulent bien reporter sur le *Bulletin médical* les sympathies qu'ils nous ont si longtemps témoignées. Ils trouveront dans ce journal, dont la réputation n'est plus à faire et où je ne compte que des amis, l'inspiration de maîtres éminents et tout ce que les plus exigeants peuvent demander aujourd'hui au journalisme médical : leçons cliniques, travaux originaux, revues, compte rendus des principales Sociétés, étude attentive des questions d'intérêts professionnels, informations rapides, etc.

L'un des directeurs scientifiques du *Bulletin médical*, M. le professeur Lannelongue, préside avec le dévouement et l'esprit d'initiative que l'on sait l'*Association générale des médecins de France*. C'est un motif de plus pour que l'*Union médicale* qui fut, depuis les origines, l'organe officiel de cette vaste fédération confraternelle, invite ses abonnés à donner au *Bulletin médical* le concours bienveillant que nous avons toujours trouvé chez eux et qui reste un de nos plus précieux souvenirs.

L.-Gustave Richelot.

Paris, le 27 novembre 1896.

Monsieur et cher confrère,

Nous nous ferons un plaisir de vous adresser, jusqu'en janvier prochain, le *Bulletin médical*, afin que vous puissiez juger s'il mérite l'appréciation très flatteuse et très honorable pour nous, exprimée dans la lettre incluse de M. le Dr Richelot.

Si votre jugement nous est favorable, nous espérons vous compter en 1897 parmi nos abonnés. Vous retrouverez au *Bulletin* non seulement les traditions qui ont fait pendant plus d'un demi-siècle l'honneur et la renommée de l'*Union médicale*, mais encore ses trois principaux rédacteurs actuels, MM. Richelot, Richardière et Rochard, qui étaient déjà pour nous des amis, et qui veulent bien devenir des collaborateurs.

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Rédaction du *Bulletin médical*.

Paris, le 27 novembre 1896.

DIAGNOSTIC
DES
AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Par le Dr DEMOULIN, chirurgien des Hôpitaux (1).

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une *contusion de l'abdomen*, on doit tout d'abord se demander si cette contusion s'accompagne ou non de lésions viscérales; c'est là, disons-le tout de suite, un problème parfois insoluble au moment où l'accident vient de se produire ou dans les heures qui le suivent. En effet, pour peu que la violence traumatique ait une certaine intensité, les contusions de l'abdomen s'accompagnent le plus souvent de choc (pâleur de la face, petitesse du pouls, sueurs froides) et cet état se montre aussi bien dans les *contusions superficielles* qui n'intéressent que la paroi que dans les *contusions profondes*, nom qu'on réserve à celles qui s'accompagnent de lésions viscérales. Le degré de la contusion n'a par lui-même aucune importance : un traumatisme violent peut confiner ses effets à la paroi, une contusion moins intense intéresse les viscères et d'ailleurs, comme le dit très bien Michaux (*Bull. Soc. chir.* 1895, p. 210) : « Les lésions des viscères eux-mêmes dans la contusion abdominale ne sont pas toujours, comme on pourrait le croire, proportionnelles aux causes qui les ont produites ».

Quelques auteurs ont affirmé que dans les contusions superficielles, l'état de choc n'est pas de longue durée, mais de nombreuses observations démontrent qu'il peut disparaître assez rapidement, bien qu'il existe des lésions viscérales graves; cependant, quand on se trouve en présence d'un malade présentant un pouls petit, fréquent, coïncidant avec un abaissement progressif de la température, il faut songer à une lésion viscérale importante, s'accompagnant d'hémorragie interne. C'est ce que l'on voit plus spécialement dans les ruptures étendues du rein, de la rate, du foie. Il faut dans le diagnostic des contusions de l'abdomen chercher à préciser les circonstances dans lesquelles l'accident a eu lieu et s'efforcer de découvrir le point d'application de la violence, ce qui est facile dans les cas où existe une ecchymose, une éraflure de la paroi; mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, les viscères peuvent être atteints dans les chutes d'un lieu élevé, par exemple, sans que les parois abdominales aient été violentées directement, et c'est surtout ici que le diagnostic est épineux. Quoi qu'il en soit, on tiendra compte de tous les renseignements qu'on pourra recueillir, et ce ne sera pas perdre son temps que de demander aux personnes qui accompagnent le malade et à ce dernier, s'il a repris ses sens, s'il y a eu des vomissements ou des selles contenant du sang, ce qui permettrait de penser à une lésion de l'estomac ou de l'intestin. Les selles sanglantes sont d'ailleurs infiniment rares, ce qui tient à la paresse de l'intestin qui suit si fréquemment les traumatismes qui l'atteignent.

Nous croyons qu'en premier lieu, quel que soit le point où le traumatisme a porté, le clinicien doit rechercher les signes d'un épanchement sanguin de l'abdomen; recherche difficile soit à cause du ballonnement douloureux du ventre ou de la contracture des muscles de la paroi. C'est dans la région hypogastrique, dans la fosse iliaque droite (à cause de la disposition du mésentère, les épanchements sanguins qui se font à gauche de ce méso allant se collecter dans le petit bassin), qu'il faudra rechercher la matité trahissant l'épanchement. Répétons encore que par suite des circonstances indiquées plus haut on constate rarement cette matité; qu'il faut, pour qu'elle se produise, un épanchement rapide, une hémorragie abondante, et que le plus souvent c'est par la petitesse du pouls et l'abaissement de la température, la pâleur de la face et aussi la soif accusée par le malade, qu'on fera le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale. On connait des cas où l'hémorragie provenait d'une déchirure de l'aorte, de l'artère iliaque primitive, de la veine cave inférieure, de la splénique, des vaisseaux du hile du rein, mésentériques, épiploïques; la source de l'hémorragie n'a été reconnue qu'à l'autopsie et il n'existe pas de signes qui permettent de dire qu'elle vient de tel ou tel vaisseau; le seul diagnostic qui puisse être posé est celui d'hémorragie interne, et il en est de même pour un grand nombre de ruptures du *foie*, de la *rate*, qui ne peuvent être que soupçonnées en tenant compte du siège du traumatisme, de la douleur plus ou moins vive localisée à son niveau. En ce qui concerne le *foie*, on a bien dit que la douleur était très significative, que quand elle s'irradie du côté de l'épaule elle indique une lésion de la face convexe, et que si elle se propage vers l'ombilic, il s'agit d'une lésion de la face concave; on a insisté encore sur l'ictère qui survient presque dans un quart des cas vers le deuxième jour et qui n'est que rarement un symptôme du début, sur la présence du pigment biliaire dans l'urine et sur la glycosurie passagère. Ce sont là des signes qu'il est bon de connaître, afin de pouvoir les rechercher, mais qui n'ont en somme qu'une médiocre valeur. Il est impossible de dire si l'appareil de réserve (vésicule) et d'excrétion de la bile (canaux hépatique, cystique, cholédoque) a été

(1) Extrait du deuxième fascicule du *Manuel de diagnostic chirurgical*, qui paraîtra en janvier, chez O. Doin.

intéressé, et nous ajouterons pour ne rien oublier que la présence de la bile dans les vomissements a été considérée comme un signe d'intégrité de la vésicule, et son absence comme un signe de sa rupture (Bouilly).

Pour ce qui est des *contusions de la rate*, Verneuil a dit qu'on pouvait faire le diagnostic de la contusion simple de ce viscère (contusion sans rupture) par la douleur de la région splénique, parfois très vive, le plus souvent sourde, irradiée à l'abdomen et au membre inférieur gauche, et par la fièvre à type intermittent quotidien, revenant par accès plus ou moins complets, la nuit ou le soir.

Dans les *contusions graves* qui s'accompagnent de rupture, la mort peut être foudroyante ou n'arriver qu'une ou deux heures après l'accident, elle est due à l'hémorragie interne; même ici, la vie peut se prolonger quelques jours et le tableau symptomatique n'est guère caractéristique. A part la douleur plus spécialement localisée au flanc et à l'hypocondre gauches, on n'observe rien autre chose que des symptômes de réaction péritonéale, qui, rapprochés des signes d'hémorragie interne du début, permettront de soupçonner la lésion et non de l'affirmer. — Berallier a insisté sur la teinte ecchymotique de l'abdomen et de la région lombaire; nous n'avons point observé ce signe, dans un cas récent où nous avons fait une laparotomie pour une rupture complète de la rate consécutive à une fracture avec enfoncement des dernières côtes, lésion qui remontait à cinq jours.

Il est possible dans un grand nombre de cas de *contusions du rein* d'établir un diagnostic ferme. Il s'appuie sur deux signes : 1° l'hématurie spontanée ou, à son défaut, la présence de sang dans la vessie, reconnue par le cathéthérisme; 2° l'existence dans la région lombaire d'une tumeur ou d'un empâtement diffus. Quand le point d'application de la violence appellera l'attention sur le rein, il faudra toujours pratiquer le cathéthérisme de la vessie; l'urine quoique claire, devra être examinée au microscope qui, en montrant la présence de globules sanguins dans ce liquide, permettra de porter le diagnostic de contusion bénigne du rein, diagnostic qui sera confirmé comme dans les contusions graves par une oligurie persistant pendant quelques jours.

Il n'est guère possible de faire le diagnostic de contusion simple de la *vessie*; on dit bien qu'en pareil cas la miction est facile depuis le début et pendant toute la durée des accidents, que l'urine rendue est en quantité normale et plus ou moins teintée de sang, et qu'au bout de quelques jours l'hématurie cesse et que les blessés se rétablissent assez rapidement, mais on lit dans d'autres auteurs qu'il peut y avoir oligurie par réflexe vésico-rénal; or l'hématurie, l'oligurie appartiennent aussi bien aux contusions du rein et ce n'est que le point d'application du traumatisme qui peut permettre d'établir le diagnostic. D'ailleurs les contusions simples de la vessie sont fort mal connues et nous ne croyons guère qu'on puisse les reconnaître sûrement.

Quand une contusion porte sur l'hypogastre ou le bassin, il y a lieu de penser immédiatement à une lésion de la *vessie* et plus particulièrement à une rupture de cet organe.

Bartels reconnaît trois modes de traumatismes de la vessie : 1° rupture par choc de l'individu sur un corps résistant (groupe des ivrognes); 2° rupture par choc d'un corps sur la région hypogastrique, un coup de bâton dans la plupart des cas (groupe des batailleurs); 3° rupture par pression directe d'un corps très lourd (groupe des écrasés). C'est dans ce dernier cas surtout que les fractures du bassin sont fréquentes, et on sait que dans ces fractures, s'il s'agit d'un choc transversal, la ceinture pelvienne se rompt au voisinage du pubis et que le fragment projeté vers l'intérieur vient perforer la vessie; que si, au contraire, il s'agit d'un choc antéro-postérieur de telle sorte que la symphyse se disjoigne, elle entraînera les ligaments antérieurs de la vessie et déchirera l'organe. Nous avons tenu à rappeler ces notions parce que les déchirures ou les perforations de la vessie sont fréquentes dans les fractures du bassin; 38 % d'après Bartels.

Qu'il y ait ou non fracture du bassin, on est en droit de penser à une *rupture ou à une déchirure de la vessie*, quand après un choc qui porte plus ou moins haut sur l'hypogastre on constate les symptômes que voici : envies fréquentes d'uriner, non suivies d'effet ou suivies quelquefois de l'émission de quelques gouttes d'urine mêlée de sang; assez souvent, ténesme anal; parfois, présence dans la région hypogastrique d'une tuméfaction simulant la vessie, tuméfaction qui serait asymétriquo si la rupture est extra-péritonéale, symétrique au contraire si elle est intra-péritonéale (Bartels). Ces signes invitent à pratiquer le cathéthérisme qui montre que la *vessie est vide* ou ne contient qu'une faible proportion de liquide sanguinolent. Ce résultat négatif du cathéthérisme est d'une grande importance, surtout lorsqu'on constate que le bec de la sonde franchit les limites de la vessie, s'engage dans une autre cavité où elle se meut plus ou moins librement et donne alors issue à une certaine quantité d'urine sanguinolente.

Bartels signale plusieurs cas de ce genre ou le diagnostic a pu être établi de cette façon. Le cathéthérisme devra être pratiqué avec un instrument métallique et combiné au palper abdominal et au toucher rectal; il est possible, dans certains cas, de

reconnaître le bec de la sonde soit immédiatement sous la peau, soit en contact avec la paroi rectale et le diagnostic est dès lors fermement établi.

Est-il possible de dire si la rupture est intra ou extra-péritonéale? Si le cathétérisme répété donne issue à un jet d'urine qui s'écoule faiblement et dont la force varie avec les mouvements d'inspiration et d'expiration on pourra penser à une rupture intra-péritonéale, mais ce sont les symptômes seuls de la péritonite aiguë, qui ne débute guère avant le troisième jour, qui permettront d'établir le diagnostic du siège de la déchirure.

Une tuméfaction nettement prévésicale, un empâtement des tissus péri-viscéraux, constaté par le toucher rectal, doivent faire craindre une rupture extra-péritonéale qui se reconnaîtra par la suite aux signes d'une infection du tissu cellulaire sous-péritonéal; douleurs des aines et des cuisses, vomissements, dépression, élévation de température.

Il semble assez rationnel avant que les symptômes de réaction péritonéale ou du tissu cellulaire sous-péritonéal éclatent, de faire une boutonnière périnéale (Teale) qui permet l'écoulement de l'urine, l'introduction du doigt dans la vessie et par conséquent la constatation de l'étendue et du siège de la déchirure. On a préconisé aussi l'injection de liquide stérilisé dans la vessie, liquide qui devait ressortir dans le cas de blessure extra-péritonéale et rester dans l'abdomen dans le cas de blessure intra-péritonéale; or dans un cas de Bryant le liquide ressortait entièrement par la sonde et cependant il existait une rupture intra-péritonéale. C'est donc un moyen de diagnostic qu'il faut rejeter. *(A suivre.)*

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION

TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896

Suite (1).

Sur une modification à l'opération de la hernie crurale étranglée.

M. Heydenreich (de Nancy). — Il est aujourd'hui admis assez généralement que l'agent de l'étranglement, dans la hernie crurale, est d'ordinaire extérieur au sac. Ainsi s'expliquent, du reste, les succès fournis, dans le traitement de la hernie crurale étranglée, par l'opération de J.-L. Petit, ou kélotomie sans ouverture du sac. Si cette opération a été abandonnée, c'est à cause de l'incertitude dans laquelle elle laisse le chirurgien sur l'état de l'intestin.

(1) Voir les nos 44 à 49 de l'*Union médicale*.

Cependant la kélotomie suivant le procédé habituel est passible de sérieuses objections. En faisant le débridement par l'intérieur du sac, on est exposé à blesser l'intestin. D'autre part, en cas de lésion d'un vaisseau, le sang s'écoule dans le péritoine, et l'hémorragie est difficile à arrêter. Enfin, si l'on achève l'opération par la cure radicale, on risque de déchirer davantage le péritoine incisé au niveau du collet du sac.

Pour éviter ces inconvénients, je propose le procédé suivant: on commence l'opération suivant la méthode habituelle, et on ouvre le sac herniaire, pour examiner son contenu. On pratique alors le débridement extérieurement au sac. Puis on attire l'intestin au dehors, et on achève l'opération comme d'ordinaire.

Ce procédé donne toutes garanties contre la blessure de l'intestin. Si un vaisseau est lésé lors du débridement, le sang ne s'écoule pas dans le péritoine, et l'hémorragie, qui est extérieure, est facile à arrêter. Enfin, si l'on achève l'opération par l'extirpation du sac herniaire, on agit sur un collet du sac intact, et la manœuvre est facile.

Le plus souvent, ce débridement extérieur suffit : l'intestin se laisse attirer au dehors. S'il reste un obstacle, il n'y a qu'à introduire le doigt dans le collet du sac et à élargir l'ouverture, ou bien à déchirer quelques brides, à détruire quelques adhérences. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, lorsque le collet lui-même est l'agent de l'étranglement, qu'il sera nécessaire de faire, en plus, un débridement à l'intérieur du sac.

Deux observations de variété rare de hernie.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) communique deux observations rares de hernie. La première a trait à une femme de trente et un an, enceinte pour la cinquième fois, qui vers le sixième mois de sa grossesse a été prise de vomissements incoercibles qu'aucune médication ne pouvait arrêter. Après examen des divers symptômes, un interrogatoire précis laissa soupçonner au Dr Bousquet que ces vomissements étaient dus à une ancienne hernie ombilicale, disparue vers le quatrième mois, mais qui avait laissé des adhérences épiploïques sur lesquelles tiraillait l'utérus développé. L'intervention chirurgicale justifia cette manière de voir. La laparotomie permit de constater la présence des adhérences présumées et leur libération amena la cure radicale des vomissements. La patiente accoucha à terme d'un enfant fort bien portant.

La deuxième observation se rapporte à un cas de

hernie inguino-labiale de l'ovaire droit, d'origine probablement congénitale et devenu kystique. Des phénomènes d'étranglement étant survenus, cette hernie fut opérée à la façon ordinaire, et l'intervention permit de reconnaître l'existence d'un kyste ovarique dont le pédicule fut réséqué à la manière ordinaire.

Les recherches faites par M. Bousquet lui ont permis de retrouver, dans la littérature, huit cas semblables qui tous n'ont été reconnus qu'à l'opération.

Guérison des hernies par l'autoplastie tendineuse.

M. Poullet (de Lyon). — L'année dernière, je signalais 83 opérations de cure radicales, faites sans ouverture de la cavité péritonéale, par une méthode qui est une véritable autoplastie profonde tendineuse. Jusqu'alors j'utilisais, pour cela, le muscle premier adducteur qui peut fournir une lanière mobilisable de 5 centimètres de longueur.

J'ai été conduit, cette année, à prendre une partie du tendon de la longue portion du triceps crural. Ce tendon, qui s'insère à l'épine iliaque antérieure et inférieure, peut fournir une lanière mobilisable de 12 à 15 centimètres de longueur.

Dans ces opérations, je n'intéresse que des vaisseaux insignifiants; je ne place aucune ligature, de même, je n'ai pas de suture profonde à faire; je n'emploie ni soie ni catgut. L'obturation de l'orifice est faite par du tissu fibreux de l'organisme, qui se greffe et continue à vivre dans un nouvel arrangement.

L'opération se fait à travers l'orifice extérieur du canal inguinal que je n'incise jamais; elle reste donc extra-abdominale, c'est-à-dire d'une bénignité complète.

Premier temps. — Incision de 4 centimètres, parallèle à l'arcade, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; dissection du collet de la hernie qu'on sépare du cordon.

Un fil métallique transperce quatre ou cinq fois ce collet et les deux chefs réintroduits dans le canal inguinal retraversent la totalité des parois de l'abdomen. Ce fil sépare la cavité péritonéale du champ opératoire.

Deuxième temps. — Sur le trajet du muscle droit antérieur de la cuisse, à 15 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on fait une incision de 4 centimètres qui sert à découvrir ce muscle. On détache, sur la face interne du tendon, un ruban fibreux de 1 centimètre de largeur; en élevant le membre pour relâcher le muscle, on fait venir ce tendon, qu'on finit par couper à la partie moyenne de la cuisse. Le doigt, insinué sous le couturier, crée un trajet inter-cellulaire à travers lequel une pince conduit le tendon dans la plaie inguinale.

Troisième temps. — Il ne reste qu'à utiliser ce tendon; avec une grosse aiguille on pénètre dans le canal à travers sa paroi antérieure, à 2 centimètres en dehors du pilier externe; l'aiguille lui fait envelopper le pilier interne de l'orifice interne, ensuite les 4 à 5 centimètres de tendon restant servent à le fixer dans un muscle où il se greffe en quelques jours; on le fixe par deux points métalliques fins conduits à la peau et qu'on retire huit jours après.

Les suites sont très simples; ordinairement la réunion se fait par première intention en une semaine. Dans quelques cas exceptionnels, un écoulement séreux annonce la nécrobiose de quelque parcelle tendineuse qui n'a pas trouvé à se greffer convenablement, ce qui, le plus souvent, ne compromet pas la guérison de la hernie.

Traitement des hernies par la méthode sclérogène.

M. le professeur Lannelongue présente aux membres du Congrès les cinq enfants atteints de hernie et traités par les injections de chlorure de zinc, qui ont fait l'objet de sa communication à l'Académie de médecine, le 7 juillet dernier (voir *Bulletin médical*, 1896, n° 54, p. 654).

Chez tous ces enfants, la hernie était inguinale, congénitale, avec un volume variant de celui d'une noix à celui d'un œuf. Chez tous, on a circonscrit le canal inguinal par cinq piqûres convergeant vers le pubis. La solution employée était du chlorure de zinc à 1/10 : la quantité injectée, 30 gouttes environ. Les malades ont été opérés il y a déjà quatre mois.

Les résultats sont à peu près identiques dans tous les cas et voici ce que l'on constate : plastron induré siégeant au devant de l'anneau inguinal et faisant corps avec le pubis, oblitération de l'anneau inguinal; absence de toute récidive; l'impulsion de la toux ne peut faire descendre la hernie dans le canal. Malgré l'existence du plastron fibreux, les éléments du cordon et le testicule sont restés normaux.

Soixante-six opérations pratiquées sur les reins.

M. J. Albarran (de Paris). — J'ai pratiqué 66 opérations sur les reins, qui m'ont donné 59 succès et 6 morts, soit une totalité de 9 %.

Ces opérations se décomposent ainsi : néphrectomies, 7; mort, 1. Néphrectomie partielle, 1; mort, 0. Néphrotomies, 24; morts, 2. Néphrolithotomies, 5; mort, 2. Anurie au dixième jour, 1; mort, 1. Néphrorrapies, 23; mort, 0. Néphrotomies exploratrices, 4; mort, 0.

Rein mobile. — J'insiste sur l'utilité de la résection de la capsule adipeuse du rein; cette précaution

étant prise, il suffit de faire trois points parenchymateux, sans décortiquer la capsule propre. Mes 23 opérés ont conservé leur rein bien fixé. Tous, sauf 2 névropathes, étaient guéris de leurs douleurs après l'opération. Trois malades revus un an et demi, deux ans et demi et trois ans après la néphrorrapie restaient bien guéris. Une autre resta guérie dix-huit mois; elle fit alors une chute et les douleurs revinrent, quoique le rein restât fixé.

Hydronéphroses. — 7 malades ont été traités par la néphrorrapie simple; 2 par la néphrotomie. Ces 5 malades ont guéri. Un de mes malades avait une hydronéphrose aseptique déterminée par un calcul de cystine oblitérant le collet du bassinet; l'hydronéphrose calculeuse n'est, du reste, pas aussi rare qu'on l'a dit.

Pyonéphroses simples. — Sur 9 opérés, il y a eu 1 mort. Le diagnostic différentiel entre la pyonéphrose peu développée et la pyélonéphrite n'est certain que si l'on peut observer les décharges intermittentes de pus dans l'urine; mais ce symptôme peut manquer dans les pyonéphroses. Si en pratiquant la néphrotomie on trouve de la pyélonéphrite sans rétention de pus, la meilleure conduite à tenir est de drainer le bassinet à travers le rein; si on ferme la plaie rénale on pourra avoir des succès immédiats et être obligé, plus tard, d'intervenir à nouveau et de laisser alors le rein ouvert, comme cela m'est arrivé deux fois.

Tuberculose rénale. — Sur 6 néphrectomies, dont 4 pour pyonévrose tuberculeuse et 2 pour lésions miliaires, j'ai eu une seule mort. Cette malade est morte de méningite dix jours après l'opération. Sur 9 opérés de néphrotomie pour pyonéphrose tuberculeuse, j'ai eu 1 mort après trois jours et 8 guérisons immédiates; 7 malades ont vécu de trois à huit mois; une seule a survécu deux ans.

Calculs. — Sur trois néphrolithotomies avec suture du rein dans des reins aseptiques, j'ai perdu un malade avec des symptômes de péritonisme, sans que l'autopsie pût expliquer la mort. Sur deux pyonéphroses calculeuses très graves, traitées par la néphrotomie et le drainage, un malade est mort, l'autre a survécu. La néphrectomie primitive dans les pyonévroses calculeuses ne me paraît presque jamais indiquée.

Anurie. — Un malade opéré *in extremis* après dix jours d'anurie, est mort quatre heures après l'opération, malgré l'extraction d'un calcul. Je me guidai, pour décider de quel côté je devais opérer, sur cette seule donnée, qu'en explorant le rein la paroi abdominale se contractait davantage d'un côté que de l'autre. Une oligurie de quinze jours (200 à 250 grammes d'urine par vingt-quatre heures) a guéri par la néphrotomie, quoique je n'ai pas trouvé de calcul ni dans le rein ni dans l'uretère.

Cancer du rein. — Une néphrectomie, une guérison. Deux opérations exploratrices avec fermeture du ventre, l'opération étant jugée trop grave et la récidive sûre; deux malades vivant encore treize mois et deux ans après l'opération. Il ne faut extirper que les cancers bien limités, qui sont rares. Dans les gros cancers, il vaut mieux ne pas opérer, car ces malades peuvent vivre longtemps; je connais deux malades dont les tumeurs ont été jugées inopérables, il y a cinq ans et trois ans, et qui vivent encore.

Kystes du rein. — Dans un cas où j'ai trouvé un gros kyste et deux petits, j'ai extirpé toutes les poches jusqu'au contact du parenchyme du rein et j'ai procédé par bourrage : la malade a bien guéri.

Phénomènes réflexes consécutifs aux opérations rénales. — J'ai vu à la suite de plusieurs opérations rénales (néphrorraphie, néphrotomie avec drainage, néphrolithotomie avec rein suturé) des accidents réflexes très graves. Le plus fréquemment, il y a, s'accompagnant toujours d'une oligurie plus ou moins prononcée, des vomissements incoercibles qui ont manqué dans un cas mortel; le creux épigastrique, ou la région lombaire, sont douloureux spontanément et à la pression; le malade est pâle, anxieux, la pupille est rétrécie, le pouls petit et rapide, la température est à peu près normale. Ces symptômes peuvent cesser après vingt-quatre ou trente-six heures; d'autres fois ils se prolongent sans aucune atténuation, même après les injections intraveineuses de sérum artificiel. Chez deux malades atteintes de rein mobile, j'ai vu ces phénomènes réflexes persister deux jours et trois jours respectivement, et lorsque les malades m'inspiraient les plus grandes craintes, tous les symptômes s'amender, puis disparaître, à la suite de l'injection de grog trop chaud. J'ai vu un néphrotomisé mourir ainsi au troisième jour; la mort survint d'une manière analogue, le troisième jour, chez un néphrolithotomisé; chez ces deux malades, l'autopsie, très soigneusement faite, ne put expliquer la mort.

La néphrectomie dans l'hydronéphrose compliquée d'oligurie avec accidents urémiques.

M. Pousson (de Bordeaux). — J'ai observé dans ces derniers temps un beau cas d'hydronéphrose ayant déterminé des accidents urémiques. Il s'agissait d'un malade de cinquante-deux ans ayant eu autrefois des coliques néphrétiques qui avaient disparu depuis dix ans. Ce malade se présenta à notre observation avec des accidents urémiques fort graves

et un purpura hémorragique très étendu; l'examen du malade permit de constater l'existence d'une hydronéphrose volumineuse ayant déterminé l'impuissance fonctionnelle du rein opposé. Il n'y avait pas d'anurie absolue, mais une oligurie très prononcée. Je pratiquai l'opération de la néphrotomie, et le lendemain le malade rendait 700 grammes d'urine. La guérison eut lieu sans incident, il n'y eut aucune fistule consécutive. J'insiste sur ce fait que l'anurie réflexe déterminée sur le rein sain par une lésion hydronéphrotique du rein opposé disparait immédiatement après l'incision du rein malade.

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère.

M. Legueu (de Paris). — J'ai pu suivre pendant cinq années une malade atteinte d'hydronéphrose et de mobilité rénale. La malade ne souffrait pas: le rein était réduit plutôt mal que bien sous un bandage, mais la malade refusait toute opération. L'année dernière, cependant, des crises douloureuses se produisirent, en même temps que le rein présentait une augmentation de volume manifeste. Je pensai pouvoir tenter encore la néphrorraphie et j'opérai cette malade en septembre 1895 par la voie lombaire.

Le rein était absolument détruit: son parenchyme réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier. Il était impossible de le conserver: je l'enlevai, la guérison se fit rapidement et, dix-huit jours après, la malade retournait s'en. Depuis, sa santé est restée excellente

A l'extrémité supérieure de l'uretère, à son union avec le bassinet, il y avait un rétrécissement extrêmement prononcé. Un stylet ordinaire pouvait à peine le franchir: ce rétrécissement, formé par un tissu de sclérose, était unique et cessait brusquement du côté du bassinet. Du côté de l'uretère, il se prolongeait en pente douce, et on voyait, au microscope, reparaître à quelques millimètres au-dessous les fibres musculaires qui plus haut étaient complètement effacées.

Il y avait vingt ans que chez cette malade on avait constaté l'existence d'un rein mobile. Je pense qu'une inflammation légère et chronique, car les urines étaient claires, a déterminé la formation de ce rétrécissement, là où la mobilité rénale avait produit une couduro ou une valvule. A une lésion mobile et temporaire se substitua ainsi une lésion définitive et irrémédiable.

Cette observation nous permet de saisir sur le vif le mécanisme, jusqu'alors admis théoriquement, de la transformation d'une hydronéphrose primitivement ouverte en hydronéphrose fermée. Elle vient plaider en faveur de la cause de l'intervention hâtive dans les reins mobiles, qui sont le siège d'accidents de rétention.

Rupture traumatique du rein; néphrectomie lombaire; guérison.

M. A. Monprofit (d'Angers). — Un adulte vigoureux et bien constitué fut, dans une rixe, et étant en état d'ébriété, pressé fortement contre le rebord d'une table de billard. Il fut apporté à l'hôpital d'Angers dans un état syncopal faisant songer à une grave hémorragie interne. On constatait, en outre, qu'il existait dans la région du flanc gauche, en même temps qu'une très vive douleur, une tumeur dure et arrondie du volume d'une tête d'adulte. Le diagnostic posé fut alors celui d'hémorragie dans la loge rénale par suite de rupture du rein gauche. Malgré les moyens médicaux aussitôt mis en œuvre, l'état général du malade alla sans cesse en s'aggravant et il sembla bientôt que la mort était prochaine et inévitable. Le pouls était insensible, les extrémités froides, le malade pris de sub-délire, voulant se lever, etc., etc.

Dans ces conditions, il parut que l'indication à remplir était de mettre rapidement un terme à l'hémorragie interne qui épuisait peu à peu le patient. L'opération suivante fut alors pratiquée. On fit une incision lombaire sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, des côtes à l'os iliaque, et on arriva sur une tumeur noirâtre, semi-fluctuante, faisant saillie entre les lèvres de l'incision. Cette tumeur ouverte était constituée par un volumineux amas de caillots noirâtres, dont on évalue la quantité à environ deux litres; pour avoir plus de jour, une seconde incision perpendiculaire à la première fut pratiquée sur le milieu de la lèvre antérieure.

La poche nettoyée et débarrassée de ses caillots, on trouva, à la partie supero-interne de la cavité, le rein complètement éclaté sur son bord convexe dans toute sa hauteur, deux petits fragments rénaux étaient totalement détachés et flottaient au milieu des caillots. Le rein fut pédiculisé et enlevé en totalité. L'hémostase assurée, la plaie fut tamponnée et partiellement réunie. La guérison se poursuivit sans incident notable et fut complète au bout d'un mois.

Hydronéphrose à marche suraiguë; Laparotomie, néphrectomie secondaire, guérison.

M. Mauny (de Saintes) — Les tumeurs liquides du rein ne sont pas toujours faciles à reconnaitre. En particulier, le diagnostic devient très difficile quand les accidents dus à une suppuration rénale éclatent d'une façon suraiguë chez un malade qui n'a pas de passé urinaire. L'erreur est encore plus facile lorsqu'il s'agit d'une tumeur suppurée à développement rapide, envahissant la totalité de l'abdomen, chez la

femme. Le cortège des symptômes observés fait penser à une péritonite purulente généralisée. C'est une observation de ce genre que rapporte M. Mauny, en la faisant suivre de ces conclusions : la laparotomie immédiate remplit la première indication qui est d'évacuer le pus; elle permet en même temps de reconnaître le siège du mal et les lésions primitives. Plus tard, lorsqu'on s'est bien assuré de l'intégrité de l'autre rein, la néphrectomie, en supprimant la fistule urinaire, donne une guérison définitive.

Sur la néphropexie.

M. Jonnesco (de Bucarest). — J'ai pratiqué huit néphropexies, dont deux par le procédé de Guyon. Dans ces deux cas, je n'ai pas obtenu de bons résultats : mes fils ont suppuré. D'autre part, sur les chiens, j'ai pu voir que les fils à demeure creent dans l'épaisseur du rein des zones de sclérose profondes. Aussi, dans les six autres cas, j'ai employé un procédé nouveau que je viens préconiser ici. Ce procédé consiste essentiellement à ne pas laisser de fil à demeure dans le rein. Après incision parallèle à la masse sacro-lombaire et remontant jusqu'à la onzième côte, je résèque la capsule adipeuse du rein, je passe des fils de soie à travers la masse rénale et je les fais traverser le périoste de la douzième côte et, s'il y a lieu, de la onzième côte, de manière à ce que le rein soit fixé sur toute sa hauteur. Ces fils de soie sont amenés à l'extérieur à travers la peau. Il ne me reste plus qu'à faire des sutures superficielles. Le cinquième jour, j'enlève les fils superficiels et les fils profonds, et ne laisse par conséquent aucun corps étranger dans ma zone opératoire. Dans tous les cas, j'ai eu les meilleurs résultats, le rein est resté parfaitement fixé.

M. Routier. — Je ne crois pas que les fils permanents aient autant d'inconvénients que le dit M. Jonnesco.

Note sur le traitement opératoire de l'exstrophie de la vessie.

M. Pozzi (de Paris) montre au Congrès une petite fille de onze ans qui présente une exstrophie de la vessie, du volume d'une grosse orange, faisant saillie à travers un écartement considérable des muscles droits : les pubis non réunis étant distants de 5 centimètres. La tumeur offrait 7 centimètres et demi de diamètre. M. Pozzi s'est proposé de reconstituer une paroi abdominale complète au devant de la paroi vésicale, de manière à maintenir la hernie réduite par une sangle résistante. C'est une indication qui est importante dans les cas d'exstrophie volumineuse, et qui n'a pas été encore formulée par les auteurs : ils se contentent de constituer un double plan cutané qui protège la muqueuse vésicale et les orifices des uretères, mais qui est impuissant à remédier à l'éventration. De plus, le mode de confection des lambeaux cutanés ordinairement usité, et dont les deux latéraux présentent un pédicule renversé et tordu (procédé Wood-Le Fort, etc.), permet à la rétraction consécutive de détruire en partie le bon effet de l'opération.

Voici les divers temps de l'opération faite par M. Pozzi :

1° Incision en fer à cheval à 4 centimètres en dehors de la tumeur, la cernant complètement. Deux incisions transversales rejoignent inférieurement cette incision curviligne aux limites de la tumeur ; deux autres incisions analogues sont faites en haut, de manière à diviser en trois segments le lambeau unique primitivement dessiné par le fer à cheval ;

2° Dissection des trois lambeaux, de dehors en dedans, jusqu'à leur base qui correspond à l'écartement des muscles droits. Suture bord à bord de ces trois lambeaux au catgut, de manière à reconstituer une face antérieure de la vessie formée par de la peau dont la surface épidermique est tournée du côté de la cavité nouvelle ;

3° Pour permettre de refaire un plan musculo-fibreux au devant de ce plan profond, on essaie de rapprocher les muscles droits qui ont été mis à découvert par les dissections de la peau. Leur écartement est tel qu'on ne peut y parvenir, même en y faisant des incisions libératrices. On prend alors le parti de détacher avec la pince coupante la portion du pubis sur laquelle se font inférieurement leurs insertions, et de la renverser de dehors en dedans. On parvient ainsi à rapprocher la portion inférieure des muscles, et on la suture au catgut. Reste inférieurement un espace considérable où ce rapprochement est impossible. On fait alors rétracter les muscles, et grâce à une incision portée aussi loin que possible en dehors, à la paroi postérieure de leur gaine, de dehors en dedans, on obtient deux lanières fibreuses très résistantes, qu'on parvient à suturer sur la ligne médiane, au-dessous de la suture des muscles droits. On prolonge ainsi le plan musculo-aponévrotique jusqu'au niveau de la partie médiane du plan cutané déjà reconstitué, et à l'aide d'une spatule on refoule la saillie herniaire au-dessous de lui : la réduction se maintient très bien ;

4° Il reste à recouvrir de peau l'énorme surface dénudée qui ne mesure pas moins de 15 centimètres de diamètre. Afin de permettre le rapprochement des bords, on fait deux longues incisions libératrices, immédiatement en dedans des épines iliaques, et on dissèque la peau en dedans de cette incision et en dehors de la grande plaie. On la mobilise ainsi de manière à permettre son glissement.

Une pince attirant en haut le sommet de la plaie,

tandis que l'on rapproche peu à peu ses bords, la plaie circulaire devient triangulaire et est suturée au crin de Florence vers son sommet. Pour achever la suture des bords, on doit attirer fortement les lèvres à l'aide d'une suture enchevillée, formant capiton, faite avec un fil d'argent double tordu sur des rouleaux de gaze iodoformée. La suture de la peau est alors poursuivie jusqu'au niveau des orifices des uretères, qui sont eux-mêmes à peine recouverts par le double lambeau cutané; les bords du lambeau externe et du lambeau interne sont réunis de manière à ourler complètement le bord inférieur de la plaie, et à s'opposer à l'infiltration d'urine.

Drainage de la nouvelle cavité vésicale.

Le résultat a été excellent; on a dû faire une petite retouche, provoquée par la mortification très limitée d'un angle cutané. Quand la cicatrisation a été complète, on a avivé par dédoublement l'angle inférieur de la nouvelle paroi pour recouvrir complètement l'orifice des uretères, laissés jusqu'ici découverts, afin d'éviter l'irritation de la nouvelle cavité ou l'échec des sutures. Ces orifices sont aujourd'hui cachés. Toute la tumeur primitive a disparu sous une forme sangle à la fois cutanée et aponévrotique sont la rétraction ne peut se produire dans un sens défectueux.

Plaie de la vessie par empalement.

M. A. Malherbe (de Nantes). — Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui tomba sur une grille ornée de fers de lance et s'empala par le pli inguino-crural. L'accident fut suivi de syncope, et la malade fut transportée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans un état très grave.

On réduisit les parties herniées, épiploon ou même anse intestinale (?) par la plaie, et l'on fit un tamponnement iodoformé.

Les jours suivants, une grande quantité d'urine s'écoula par la plaie.

Une injection de lait dans l'uretère prouva que c'était bien la vessie qui était lésée. Le lait sortait en abondance par la plaie.

On dut mettre une sonde à demeure, et l'urine cessa de passer par la plaie. Il y eut pendant cinq ou six semaines des accès de fièvre et un peu d'empâtement le long du trajet de l'uretère.

Lorsque la plaie fut guérie et le gonflement disparu, on put reconnaître que la branche horizontale du pubis présentait un cal, et par conséquent, avait été fracturée.

Les plaies de la vessie par le trou obturateur sont très rares. Le présentateur n'en connaît qu'un cas rapporté par L.-D. Larrey.

Une expérience faite pour reproduire le traumatisme a montré que le corps vulnérant abordait le trou obturateur par sa partie la plus interne et brisait aisément la branche horizontale du pubis; cela fait, il passait le long de la vessie, qui pouvait facilement être déchirée, surtout si elle était distendue.

Traitement des cystites tuberculeuses chez l'homme.

M. A. Routier. — Après avoir, comme la plupart de mes collègues, essayé les divers moyens préconisés contre la cystite tuberculeuse, j'en suis arrivé à diviser cette maladie en deux périodes au point de vue du traitement.

Dans une première période, que je prolonge le plus possible, je m'abstiens de toute intervention locale; je proscris aussi bien les instillations que les lavages, je me contente d'instituer un traitement général: régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés.

Quand les mictions sont trop fréquentes ou sanglantes, que les malades sont, par les douleurs et les envies d'uriner, privés de sommeil, je pratique une cystotomie sus-pubienne tout au plus, s'il y a trop d'ulcérations vésicales, je les touche au thermocautère.

Quand le méat hypogastrique fonctionne bien, qu'il n'y a plus de douleurs, je fais par ce méat d'abord, puis par la voie urétrale ensuite, pratiquer des lavages boriques; on arrive ainsi peu à peu à reconstituer une capacité vésicale raisonnable, 140, 160 grammes. Quand ce résultat est bien acquis, après trois, quatre et six mois, je referme le méat hypogastrique.

J'ai opéré ainsi quelques malades, et vraiment les résultats sont encourageants.

Cette méthode est longue, mais n'entraîne avec elle aucune gravité. *(A suivre.)*

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1896

Si la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est aujourd'hui bien connue, celle du pédicule des corps fibreux sous péritonéaux de l'utérus est beaucoup plus rare. M. Schwartz en a récemment observé un cas dont il rapporte l'observation. Une femme de quarante-six ans, présentant des troubles de la menstruation depuis 1893, fut prise de douleurs abdominales très vives avec alternatives de constipation et de diarrhée. L'examen de l'abdomen révélait la présence d'une tumeur volumineuse s'avançant dans la fosse iliaque gauche; l'utérus était repoussé à droite et antéfléchi.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur solide insérée sur l'utérus, au niveau de la corne gauche et

en arrière, par un pédicule gros comme le petit doigt, long de 2 centimètres, et manifestement tordu sur lui-même (trois quarts de tour environ). La tumeur fut enlevée après ligature du pédicule. L'examen fit reconnaître un fibrome pédiculé ayant subi, de par la torsion, des altérations importantes, et déterminé des phénomènes de péritonite subaiguë et des adhérences intestinales.

— M. Péan présente ensuite à l'Académie une fillette de quatre ans, à laquelle il a pratiqué une *œsophagotomie externe pour extraire une pièce de cinq centimes* avalée dix jours auparavant.

Le médecin, appelé tout d'abord, voyant que la déglutition des liquides était facile, avait pensé que le corps étranger avait pénétré dans l'estomac ; au bout de douze jours, l'enfant ayant ressenti des douleurs au cou, on fit des tentatives d'extraction qui n'aboutirent pas, mais qui firent supposer que la pièce de monnaie était arrêtée au niveau d'un des points les plus étroits de l'œsophage, à l'entrée du thorax. La radiographie justifia de la façon la plus nette cette supposition.

M. Péan procéda à l'œsophagotomie externe. L'incision fut faite à la peau, depuis le niveau de l'angle de la mâchoire jusqu'à la première pièce du sternum, en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; l'aponévrose cervicale superficielle fut ensuite coupée ; immédiatement au-dessous on mit successivement à découvert les muscles trachéaux, la trachée et l'artère carotide, qui servirent de points de repère ; les ganglions lymphatiques étaient tellement tuméfiés à ce niveau qu'ils furent excisés.

Autant il fut facile de découvrir les faces externe et postérieure de la trachée, malgré le volume que ce canal présente à cet âge, autant il fut difficile, même en s'aidant du doigt et de la sonde cannelée, et en cherchant les rapports avec la face antérieure de la colonne vertébrale, de voir et de sentir l'œsophage, bien qu'il contînt le corps étranger. Cependant, dès qu'il fut mis à découvert, M. Péan pensa, avant de l'ouvrir, qu'il serait bon de tâcher d'exercer à travers les tuniques une propulsion de bas en haut, de façon à refouler autant que possible le corps étranger dans ce sens, assez pour pouvoir le sentir par la cavité buccale.

Grâce à ces manœuvres, en introduisant l'index dans toute sa longueur, par la bouche, il fut possible de sentir le bord supérieur du cou assez nettement pour que, le doigt servant de guide, la pièce put être saisie et attirée au dehors avec une pince. Le résultat immédiat fut des plus satisfaisants.

Cette observation est d'autant plus intéressante que la présence des corps étrangers dans l'œsophage est souvent méconnue chez les enfants pendant la vie.

Ainsi, M. Péan cite l'exemple d'un enfant de quatre ans à l'autopsie duquel on trouva l'œsophage ulcéré en même temps que l'aorte par une pièce de deux francs qu'il avait avalée.

A la dernière séance de la Société de Chirurgie, Broca déclarait qu'il avait trouvé dans des conditions analogues une clé arrêtée dans l'œsophage d'un enfant d'un an.

M. Péan tire de cette observation les conclusions suivantes :

1° Les corps étrangers de 15 millimètres de diamètre peuvent être avalés très facilement par les enfants,

2° Ils s'arrêtent habituellement au niveau de la portion la plus rétrécie de l'œsophage, qui n'a guère que cette dimension chez l'adulte, et qui est naturellement beaucoup plus étroite dans les premières années de la vie ;

3° Leur présence est très difficile à reconnaître par les moyens habituels, lorsque les enfants continuent à avaler les liquides et ne se plaignent d'aucune douleur ;

4° La radiographie est très utile pour reconnaître la présence et le siège précis du corps étranger ;

5° Il est possible, grâce à l'œsophagotomie externe, de faire remonter de bas en haut des corps étrangers lisses, plats et arrondis comme les pièces de monnaie ; on peut ensuite les extraire par la bouche. Cette opération est incontestablement plus avantageuse que l'incision du conduit.

— M. Motais (d'Angers) lit un travail sur *la valeur hygiénique des éclairages artificiels.* Enfin, M. Gautier présente un rapport sur un travail de M. Duchesne, ayant trait à deux faits d'intoxication que cet auteur rapporte au séjour du lait dans un vase en fer blanc étamé, dont les soudures contenaient du plomb. M. Gautier pense qu'il ne s'agissait pas d'intoxication saturnine, et qu'une telle étiologie ne peut être invoquée.

Élection d'un membre
dans la section de thérapeutique et de matière médicale

Votants : 85.
Majorité absolue : 43.

Ont obenu :

MM. Huchard	75	voix (élu)
Mauriac	6	—
Du Castel	4	—
Bulletins blancs	1	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Jalaguier fait un rapport sur trois observations de M. Barrette (de Caen), ayant trait à trois *entérorraphies circulaires* pour gangrènes de l'intestin consécutives à des hernies.

— La discussion sur la *pathogénie de l'appendicite* continue par M. Broca, qui nie la cavi é close, et il s'appuie sur ses observations. Trois fois il a trouvé des appendices clos, et c'était justement des cas opérés à froid. Dans les autres cas, il y avait accident, et non obturation de l'appendice. Comme MM. Jalaguier et Brun, il pense que les affections intestinales jouent un grand rôle dans l'étiologie des appendicites.

M. Bazy vient réclamer le droit à l'existence pour la vieille typhlite. Déjà il a appelé l'attention sur l'appoint du cæcum, et comme le cæcum ne peut pas former cavité close et donne des accidents analogues à l'appendice, la théorie de M. Dieulafoy en est infirmée du coup. Pour prouver que le cæcum est en jeu, M. Bazy s'appuie sur les cas où on trouve un abcès, le cæcum enflammé et rien dans l'appendice.

M. Bazy cite une observation dans laquelle, en détachant l'appendice, c'est le cæcum qui s'est perforé, d'où il peut conclure que c'était le cæcum qui était le plus atteint, et que l'appendice ne l'était que secondairement.

Du reste, il y a des perforations dans d'autres points que le cæcum. M. Terrier en citait dernièrement des exemples, alors quoi d'étonnant à ce que le cæcum présente des lésions, lui qui est plus riche en follicules clos que le reste de l'intestin ?

M. Tuffier considère l'appendice comme tous les autres canaux de l'économie, et pense qu'il faut distinguer les appendicites sans rétention dans lesquels le canal est ouvert, et les appendices avec rétention où la cavité est close. La seule chose propre à l'appendice est la gangrène,

et M. Tuffier pense que le calcul doit ici entrer en ligne de compte.

M. Tuffier examine ensuite les cas dans lesquels les appendicites à répétition peuvent être confondues avec les accidents d'obstruction intestinale à répétition. Il en cite une observation dans laquelle il y avait des accidents, et l'intervention démontra qu'il n'y avait pas d'appendicite.

M. Quenu pense qu'il faut distinguer la première attaque des coliques appendiculaires subséquentes. Pour la première, il est de l'avis de ses collègues; quant à la pathogénie des coliques, des attaques, il estime qu'il y a des interprétations différentes. Tout d'abord les brides épiploïques jouent un premier rôle douloureux. Il lui a suffi, dans deux cas, de libérer les adhérences pour guérir le malade. Dans d'autres cas, l'attaque est due à une adénite péricæcale, soit à un abcès gangreneux appendiculaire.

M Reclus, comme ses collègues, combat la théorie du vase clos; il pense que la théorie de la stagnation explique les différents faits. Tous les liquides de l'organisme arrêtés dans leur cours se transforment; or, la stagnation dans l'appendice est d'autant plus réelle que c'est un diverticule situé dans un autre diverticule, le cæcum.

Il divise les appendicites en trois classes: d'abord les appendicites de cause purement locale et, ici, en premier rang, il faut placer les corps étrangers. Dans une deuxième catégorie, il y a les inflammations du voisinage et, ici, il faut placer la dysenterie et les infections du tube digestif. Enfin, dans une troisième classe, il y a les appendicites consécutives à une maladie générale.

Que fait la nature quand arrive la guérison? elle fait comme le chirurgien, elle fait disparaître l'appendice.

— M. Quenu fait une communication sur la *chirurgie du poumon* et rappelle les opinions des chirurgiens sur l'ouverture de la plèvre. Avec le concours de M. Longuet, il a institué des expériences sur les chiens et il est arrivé à ce résultat que l'ouverture brusque de la plèvre produit des accidents immédiats d'une certaine gravité. Partant de là, il a recherché à établir des adhérences et commence par énumérer les différents moyens que le chirurgien a à sa disposition. Dans une première série d'expériences, M. Quenu s'est servi de corps étrangers introduits dans la plèvre, avec toutes les précautions antiseptiques, mais ils ne produisent pas d'adhérences. L'ignipuncture et l'acupuncture ne donnent pas de meilleurs résultats. L'électrolyse fut ensuite essayée, mais ne donna rien. Les caustiques ne déterminent pas d'adhérences, sauf dans deux cas, où il y eut suppuration.

Les moyens mécaniques furent aussi tentés, et de petits harpons, de grandes aiguilles furent placés, mais il n'y eut encore d'adhérences que dans les cas où il y eut un peu d'inflammation.

La suture primitive n'a pas donné de grands succès sur le vivant; la suture secondaire non plus. Dans les expériences sur le chien, M. Quenu est arrivé à un résultat en faisant une *costo-pneumopexie*. En résumé, il n'y a pas d'autres moyens d'obtenir une adhérence de la plèvre qu'en obtenant une pression plus forte du côté du poumon que du côté de l'extérieur. M. Quenu a donc fait respirer le chien en expérience dans l'air comprimé, et a remarqué qu'une différence de 6 millimètres de mercure suffit pour faire faire hernie au poumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1896

M. Ménétrier communique un fait d'*hémorragie mortelle par rupture de varices œsophagiennes dans la cirrhose atrophique*. A l'autopsie, on découvrit deux petites perforations veineuses siégeant à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Les veines de toute la région étaient très turgescentes, ce qui s'explique par le fait de la thrombose de la branche gauche de la veine porte. Il est à noter que l'ascite manquait. M. Rendu fait d'ailleurs remarquer que l'ascite manque quelquefois dans la cirrhose atrophique. On sait que M. Rendu soutient l'opinion que l'ascite n'est pas due à la cirrhose hépatique, mais bien à une péritonite chronique concomittente. Le cas de M. Ménétrier vient à l'appui de cette théorie, d'autant plus qu'il y avait là obstruction d'une branche de la veine porte.

M. Achard a, lui aussi, observé un fait démonstratif à ce point de vue. Il s'agit d'un cas de cancer avec thrombose de la veine porte; il n'y avait pas non plus d'ascite.

— M. Ménétrier communique ensuite une note intitulée: *fièvre typhoïde compliquée de pleurésie droite; réaction agglutinative du sérum sanguin, pas de réaction agglutinative du sérum de l'épanchement*. M. Achard a cependant observé cette réaction avec le liquide d'un épanchement pleural dans trois faits de fièvre typhoïde; il manquait une autre fois avec la sérosité péricardique recueillie sur le cadavre.

— M. Variot présente son observation personnelle; il a été atteint de *diphtérie très bénigne avec associations microbiennes* (bacilles diphtériques courts et moyens, streptocoques). Il fait suivre l'observation des réflexions suivantes:

« 1° La constatation des associations microbiennes dans la diphtérie, dans les cultures faites sur sérum, n'a aucune signification au point de vue clinique.

« 2° Tant qu'on n'aura pas trouvé un procédé rapide et sûr de découvrir la virulence du streptocoque et du staphylocoque, qui sont des microbes banaux de la bouche, il sera prématuré de vouloir tirer des conclusions de l'examen des cultures sur sérum, pour affirmer qu'on est en présence d une association microbienne.

« 3° Le diagnostic d'angine diphtérique avec association ne devait être porté qu'après que la virulence du streptocoque ou du staphylocoque aurait été reconnue par des inoculations aux animaux, c'est-à-dire après l'isolement des colonies qui ont poussé sur sérum, après leur culture dans des milieux spéciaux, qui permettraient l'essai de leur virulence sur les animaux. En résumé, le diagnostic des angines polymicrobiennes n'est pas du ressort de la clinique pratique, puisqu'il exige des manœuvres longues et pratiques.

« Dans mes très nombreuses observations, je n'ai jamais vu de caractères cliniques distinctifs tranchés qui correspondent aux associations microbiennes vues dans les cultures sur sérum. Il ne suffit donc pas, pour justifier les dénominations telles que celles de strepto-diphtérie, de staphylo-diphtérie, de faire de simples constatations bactériologiques, si on ne les contrôle pas par l'appréciation de la virulence des microbes que l'on rencontre sur les préparations microscopiques. »

MM. Barbier, Sevestre et Chantemesse présentent quelques observations sur les diphtéries polymicrobiennes. La diphtérie est associée quand les microbes, autres que le

bacille de Loeffler, sont virulents et agissent sur l'organisme.

— M. Launois présente un bicycliste atteint *d'insuffisance aortique par rupture valvulaire*. Après un usage abusif de la bicyclette, le malade entendit un soir en se promenant, un bruit particulier qui lui sembla causé par les battements du cœur contre les vêtements. Il n'éprouva ni malaise ni douleur, ni aucun trouble fonctionnel. Depuis, ce malade était sujet à des épistaxis pour lesquelles il vint consulter M. Launois. Celui-ci constata alors que le malade était atteint d'insuffisance aortique. En raison des caractères que revêt le souffle diastolique, en raison surtout de son timbre musical aigu, il croit pouvoir dire qu'il est dû à une vibration des lambeaux d'une des valves de l'aorte sous l'influence de l'ondée sanguine en retour, et conclure que l'insuffisance est occasionnée par des déchirures ou une rupture d'une des valves qui assurent l'oblitération de l'orifice aortique.

M. Moutard-Martin fait remarquer que ce malade présente un signe qu'il a trouvé constamment chez tous les individus atteints d'insuffisance aortique : c'est une impulsion très énergique des artères collatérales des doigts. Il désigne ce phénomène sous le nom de *pouls radiculaire*.

— M. Widal répond à la dernière communication de M. Achard, sur le séro-diagnostic et sur l'agglutination de quelques espèces bacillaires par le sérum de typhique. Le phénomène est absolument différent pour ces derniers de ce qu'il est pour le bacille typhique; il ne peut en pratique en résulter aucune incertitude.

ÉCHOS & NOUVELLES

Académie de médecine. — L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle mardi 15 décembre 1896, à trois heures.

Ordre des lectures :

1° Rapport général sur les prix décernés en 1896, par M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel;
2° Prix proposés pour 1897, 1898 et 1899;
3° Éloge de Lasègue, par M. Motet.

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la désaffectation de l'hôpital Trousseau, l'hôpital Hérold sera transformé en hôpital d'enfants, et deux autres hôpitaux d'enfants seront construits rue Michel-Bizot et rue Étex.

Ligue contre l'alcoolisme. — Dimanche, a eu lieu au grand amphithéâtre de l'École pratique de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, une réunion de la Ligue nationale contre l'alcoolisme.

M. le docteur Laborde a, par des expériences, prouvé les effets toxiques de l'alcool et des essences employées à la confection des apéritifs et de l'absinthe.

M. le docteur Legrain a parlé des effets de l'alcoolisme sur l'individu et sa descendance; et par des tableaux il a fait voir la progression effrayante de la consommation alcoolique et des conséquences qui en résultent.

M. le docteur Philbert a remercié, au nom de la Ligue, le président et les conférenciers. Il a fait ensuite appel aux auditeurs en leur demandant leur adhésion à la Ligue.

Université de Lille. — M. Surmont, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté.

Congrès annuel des syndicats médicaux. — Le Congrès annuel des Syndicats médicaux de France a été tenu mercredi dernier. Au banquet qui a eu lieu le soir, sous la présidence de M. Brouardel, M. Porson, président de l'Union des syndicats, a rappelé que grâce aux efforts persévérants de MM. Lannelongue et Georges Berry, députés, la question des médecins étrangers désirant se fixer en France avait été résolue conformément à l'équité et aux intérêts des médecins français. Il a émis le vœu que le projet de la création d'un ordre des médecins aboutisse aussi bien.

M. Le Blond, président du Syndicat des médecins de la Seine, a parlé dans le sens de la réalisation de ce vœu.

MM. Brouardel, Viger, Vandam (Belgique), Lassalle, Arboux, Lereboullet, Georges Berry, ont pris ensuite la parole.

M. Georges Berry a donné à entendre que le Parlement, peu partisan des monopoles, n'accepterait probablement pas facilement la création d'un ordre des médecins.

M. Brouardel a signalé ce fait intéressant qu'il y avait autour de Montréal (Canada) 1,500,000 habitants de souche française, parlant tous notre langue, qui ne demanderaient qu'à avoir des médecins français. « Il y a là, a dit le doyen, pour des jeunes médecins français connaissant bien leur affaire, un débouché sur lequel j'ai cru devoir attirer l'attention. » *(Bulletin médical.)*

Corps de santé des colonies. — Par mesure transitoire, les médecins et pharmaciens du corps de santé des colonies sortant de l'École de Bordeaux, et entrés avant le 1er janvier 1897, porteront la même tenue que les médecins et pharmaciens de deuxième classe titulaires.

École de médecine de Marseille. — M. Berg, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêtés ministériels, en date du 7 décembre 1896 : 1° un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille; 2° un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Straus, professeur de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris.

Le Gerant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie Michels et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

A NOS ABONNÉS

L'*Union médicale* touche à la fin de sa cinquante et unième année. Au cours de cette longue carrière, elle a subi des vicissitudes, changé de forme, d'éditeurs, de redacteurs en chef; elle n'a pas varié dans sa ligne de conduite, et a toujours suivi la voie droite où l'avaient engagée ses fondateurs, Amédée Latour, Richelot, Aubert Roche, où l'a maintenue pendant quarante-cinq années son premier gérant, le Dr Richelot.

Ce nom vénéré et celui de l'*Union médicale* ont semblé inséparables. Bien qu'entraîné sans cesse loin du journalisme, j'ai tenu à faire durer cette alliance; et quand il m'a fallu renoncer, faute de temps, à m'occuper directement d'impressions, de corrections d'épreuves et de nouvelles médicales, des auxiliaires dévoués et d'éminents écrivains ont mis leur talent au service d'une œuvre dont les premiers soutiens avaient peu à peu disparu.

Je donne ici un respectueux souvenir à la mémoire de Jules Rochard, qui a été l'ami de mon père et qui a voulu, après lui, servir encore l'*Union médicale*. Je remercie cordialement tous mes collaborateurs de ces dernières années; Richardière, dont le nom et les travaux honoraient nos colonnes; Eugène Rochard, à qui n'a manqué, pour être un rédacteur en chef de premier ordre, que d'avoir à diriger un journal plus jeune.

J'abuserais de leur amitié et de leur dévouement si je leur demandais de continuer plus longtemps une publication dont mes occupations m'éloignent et à laquelle je deviens tous les jours plus étranger.

L'*Union médicale* cessera de paraître à la fin de cette année. En terminant sa carrière, elle adresse un adieu reconnaissant à ses vieux abonnés, à ses lecteurs fidèles, et leur demande de garder pour les hommes qui l'ont dirigée en commun les sentiments d'estime et de bonne confraternité qu'elle avait à cœur de leur inspirer. Un journal qui finit, c'est une forme qui disparaît; mais les hommes et leurs pensées restent unis après qu'elle a disparu.

Cette union persistera surtout, si nos lecteurs veulent bien reporter sur le *Bulletin médical* les sympathies qu'ils nous ont si longtemps témoignées. Ils trouveront dans ce journal, dont la réputation n'est plus à faire et où je ne compte que des amis, l'inspiration de maîtres éminents et tout ce que les plus exigeants peuvent demander aujourd'hui au journalisme médical : leçons cliniques, travaux originaux, revues, compte rendus des principales Sociétés, étude attentive des questions d'intérêts professionnels, informations rapides, etc.

L'un des directeurs scientifiques du *Bulletin médical*, M. le professeur Lannelongue, préside avec le dévouement et l'esprit d'initiative que l'on sait l'*Association générale des médecins de France*. C'est un motif de plus pour que l'*Union médicale* qui fut, depuis les origines, l'organe officiel de cette vaste fédération confraternelle, invite ses abonnés à donner au *Bulletin médical* le concours bienveillant que nous avons toujours trouvé chez eux et qui reste un de nos plus précieux souvenirs.

L.-Gustave Richelot.

Paris, le 27 novembre 1896.

Monsieur et cher confrère,

Nous nous ferons un plaisir de vous adresser, jusqu'en janvier prochain, le *Bulletin médical*, afin que vous puissiez juger s'il mérite l'appréciation très flatteuse et très honorable pour nous, exprimée dans la lettre incluse de M. le Dr Richelot.

Si votre jugement nous est favorable, nous espérons vous compter en 1897 parmi nos abonnés. Vous retrouverez au *Bulletin* non seulement les traditions qui ont fait pendant plus d'un demi-siècle l'honneur et la renommée de l'*Union médicale*, mais encore ses trois principaux rédacteurs actuels, MM. Richelot, Richardière et Rochard, qui étaient déjà pour nous des amis, et qui veulent bien devenir des collaborateurs.

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Rédaction du *Bulletin médical*.

Paris, le 27 novembre 1896.

DIAGNOSTIC
DES
AFFECTIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN

Par le Dr DEMOULIN, chirurgien des Hôpitaux.

Suite et fin (1).

On le voit, les lésions de quelques viscères de l'abdomen à la suite de contusions de ses parois peuvent être diagnostiquées dans certains cas, mais est-il possible de reconnaître celles du *tube digestif?*

Si un coup porté sur la région de l'estomac, en plein travail de digestion, est rapidement suivi de vomissements sanglants, il est permis de penser à une lésion de ce viscère, de même que la constatation, très rare d'ailleurs, comme nous l'avons dit, de selles sanglantes à la suite d'un traumatisme de l'abdomen, doit permettre de soupçonner une déchirure plus ou moins étendue de l'intestin. « Lorsque presque immédiatement après la blessure, éclatent des nausées et des vomissements augmentant de fréquence, avec pâleur de la face, pouls petit, tendance au refroidissement et au collapsus, avec une douleur abdominale intense et localisée : s'il s'y joint un ballonnement rapide ou mieux encore une tympanite reconnaissable à cette particularité que la *matité hépatique a disparu,* on peut diagnostiquer, presque à coup sûr, une déchirure de l'intestin. La tympanite est pathognomonique et l'on a récemment proposé (Senn) de la faire naître artificiellement, pour témoigner de la rupture, en insufflant de l'hydrogène dans le rectum des blessés. Malheureusement la tympanite est inconstante aussi bien dans son existence que dans son mode d'apparition. » (Jalaguier, in *Tr. chir.* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 362.)

Il nous a paru que le ballonnement du ventre était rare dans les contusions de l'abdomen accompagnées de lésions viscérales, et nous avons au contraire souvent rencontré de la contracture des muscles de le paroi qui sont tendus, surtout dans la région qui a été le siège du traumatisme.

En résumé il n'y a qu'un signe pathognomonique de la déchirure du tube digestif, c'est la tympanite avec la *disparition de la matité hépatique* et ce signe est inconstant. Force est donc d'attendre les phénomènes de péritonite pour poser un diagnostic sûr, encore est-il qu'ils n'offrent aucune régularité, ni dans leur apparition ni dans leur marche et que si la rupture de l'intestin implique la péritonite, la péritonite par contre n'implique pas forcément la rupture. Aussi nous n'hésitons pas à dire que le seul moyen de faire le diagnostic d'une lésion viscérale grave, consécutive à une contusion de l'abdomen, est la laparotomie exploratrice et que ce moyen est d'autant plus indiqué qu'il permet une thérapeutique efficace.

Nous nous sommes placés jusqu'alors dans l'hypothèse où le chirurgien arrive auprès du malade presque immédiatement après l'accident ou dans les heures qui le suivent, alors qu'il est encore dans le choc ou qu'il commence à en sortir. Bien entendu, il faudra surveiller le patient et trop souvent on verra apparaître, assez rapidement, des symptômes de réaction péritonéale, plus tardivement on verra se former des collections suppurées, des abcès stercoraux ou des fistules pyo-stercorales, etc., selon la nature des lésions primitives; nous ne saurions nous arrêter à ces divers modes de terminaisons des contusions abdominales compliquées de lésions viscérales, le seul point intéressant est de faire un diagnostic aussi précoce que possible puisque c'est de lui que dépend, le plus souvent, la vie du malade.

Les contusions superficielles, les hématomes, les ruptures musculaires des parois abdominales, ne présentent pas de symptômes particuliers, ces lésions sont ici ce qu'elles sont ailleurs, aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Nous ne dirons qu'un mot des épanchements sanguins qui se collectent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ils se font surtout dans les flancs, au devant du carré des lombes, du psoas, et plus particulièrement dans la cavité Retzius. Rappelons qu'ils sont le plus souvent le résultat de violences considérables et s'accompagnent de lésions viscérales. Leur diagnostic est difficile, il faut qu'ils aient un gros volume pour donner lieu à une tuméfaction appréciable par la palpation. Ceci ne s'applique point aux régions lombaires où on les reconnaît assez facilement, mais aux flancs, à l'hypogastre.

Ici, la tumeur à contours plus ou moins nets, pendant le relâchement des muscles abdominaux, disparaît quand ils se contractent. Il en est de même dans les tumeurs développées aux dépens des viscères contenus dans la cavité abdominale, mais l'absence de symptômes propres aux affections pour lesquelles un épanchement sanguin pourrait en imposer (tumeurs du foie, de l'épiploon, rétention d'urine, etc.), les commémoratifs surtout, éviteront, en général, la méprise (Jalaquier).

Quand on se trouve en présence de *larges plaies de l'abdomen* produites par des instruments tranchants parfois contondants (coups de corne, etc.), le diagnostic ne présente pas de difficultés; il n'y a qu'à regarder pour dire si elles sont limitées à la paroi ou si elles sont pénétrantes.

Quand il s'agit de *plaies étroites* produites par

(1) Voir le numéro précédent.

des instruments tranchants, il est des cas encore où le diagnostic de la pénétration s'impose, ce sont ceux dans lesquels on observe : la hernie d'un viscère, de l'intestin, de l'épiploon ; l'issue par la plaie de matières intestinales, de gaz, d'ascarides, lombricoïdes (fait exceptionnel), des vomissements sanglants (plaies de l'estomac), des selles sanglantes (plaies de l'intestin) ; l'écoulement au dehors d'un liquide organique, par exemple, de l'urine (large plaie du rein et plutôt du bassinet, de la vessie) ; de la bile ; une hémorragie abondante qui ne peut s'expliquer par la blessure d'un vaisseau de la paroi.

Quand il y a hernie de l'épiploon ou d'une anse intestinale, il ne faut pas hésiter, pour compléter le diagnostic, à faire le débridement de la plaie afin de procéder à l'examen du pédicule de l'organe qui peut être blessé, il faut agir de même en présence d'une hémorragie abondante, ce n'est que le commencement d'une laparotomie exploratrice qui, dans ce cas, devra être poursuivie jusqu'à ce qu'on ait trouvé la source du sang qui s'écoule au dehors.

A part ces faits d'ailleurs rares, le diagnostic de la pénétration est pour ainsi dire impossible, qu'il s'agisse de plaies étroites produites par un instrument piquant ou à la fois piquant et tranchant, ou encore par une balle de revolver, ce qui se voit si fréquemment dans la pratique civile. L'état de choc prononcé et surtout prolongé doit faire craindre une hémorragie interne et il est bon de chercher, par la percussion de l'hypogastre et des flancs, s'il n'y a pas quelque épanchement sanguin dans l'abdomen ; mais ici comme pour les contusions, le choc peut se montrer avec des lésions qui ne s'accompagnent que d'une hémorragie insignifiante ou même qui restent limitées à la paroi, surtout après les plaies par balles de revolver.

Quoi qu'il en soit, quand on se trouve en présence d'une plaie étroite de la paroi antérieure de l'abdomen (cas de beaucoup le plus fréquent) et qu'aucun symptôme ne révèle la pénétration, en raison de la grande étendue du tube digestif, on pense tout d'abord à une lésion de cet appareil. Quels sont les signes qui permettent de la reconnaître ?

Nous croyons que quand on est appelé dans les premières heures qui suivent l'accident, il faut tenir un grand compte de la contracture des muscles de la paroi, contracture surtout prononcée au niveau de la blessure ; ce signe nous a jamais fait défaut dans les cas assez nombreux où la laparotomie nous a montré que nous avions affaire à une perforation de l'intestin.

Depuis Jobert de Lamballe on attribue une grande importance à la *tympanite*. Mais il faut s'entendre sur ce terme ; la *tympanite* est le résultat de l'épanchement des gaz du tube digestif dans la cavité péritonéale, cet épanchement se traduit par une sonorité superficielle que révèle la percussion. Quand la tympanite est généralisée, c'est-à-dire quand elle occupe toute la cavité péritonéale, elle est presque impossible à distinguer du *tympanisme* qui résulte de la distension des anses intestinales et qui se traduit, lui aussi, par une sonorité superficielle. D'ailleurs la contracture des muscles de la paroi, contracture douloureuse, empêche souvent de percuter l'abdomen comme il conviendrait, et la percussion, donna-t-elle de la sonorité, qu'il serait encore impossible de dire si l'on a affaire à la tympanite ou au tympanisme.

La *tympanite localisée* nous semble au contraire avoir une grosse importance. Elle se manifeste par une zone de sonorité qui remplace la matité normale de la région hépatique. Flint, Bryant et bien d'autres chirurgiens accordent une grande valeur à la tympanite localisée, mais Senn (de Chicago) est d'un avis tout opposé, et il propose de faire naître artificiellement la tympanite généralisée qui indique sûrement une perforation du tube digestif. Nous ne pouvons indiquer ici que le principe de la méthode.

Il s'agit d'introduire une sonde dans l'estomac, après quoi on insuffle à l'aide d'une sonde rectale de l'hydrogène dans l'intestin. Si le tube digestif n'est pas perforé, étant donné que les gaz traversent facilement la valvule iléo-cæcale, on pourra allumer l'hydrogène à l'extrémité buccale de la sonde stomacale. S'il y a perforation, l'hydrogène n'arrive plus à la bouche, il s'épanche dans le péritoine, produit une tympanite généralisée et s'écoule de plus, dans quelques cas, par la plaie de la paroi abdominale où il est impossible de l'enflammer.

Ce procédé bizarre, quoique très rationnel, n'a guère été mis en pratique, il a d'ailleurs produit des accidents, s'est montré infidèle et nous ne saurions le recommander.

On est donc obligé de rester la plupart du temps dans le doute, on ne peut affirmer la pénétration qui ne se révèle qu'après un temps plus ou moins long que par les symptômes de réaction péritonéale.

Quand une plaie abdominale siège en un point où l'anatomie enseigne la présence d'un viscère autre que l'intestin, il y a lieu de rechercher les signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Or, *la symptomatologie des plaies des viscères, autres que l'intestin, est avant tout caractérisée par l'association des signes de la contusion de ces viscères, aux caractères objectifs venant de ce qu'il existe au niveau de ces organes une plaie ouverte.*

Nous avons suffisamment insisté plus haut sur les signes de la contusion du foie, de la rate, des reins, de la vessie, pour ne pas avoir à y revenir ici.

Comme pour les contusions ce sont les symptômes

du choc, de l'hémorragie interne qui, le plus souvent, dominent la scène; le siège de la blessure et l'écoulement entre ses bords d'une grande quantité de sang (foie, rate, reins) doivent faire soupçonner la plaie du viscère, mais malgré le cathéthérisme de la plaie qui nous parait permis pourvu qu il soit aseptique, il n'est pas facile de dire jusqu'où l'instrument vulnerant a pénétré, et par consequent, il est impossible d'affirmer si la plaie siège sur le viscère lui-même, sur les vaisseaux de son hilo, ou encore sur un gros vaisseau voisin.

La *rate* ne traduit ses lesions immédiatement que par l'hémorragie; nous venons de dire qu'il est impossible d'affirmer la source de l'écoulement sanguin; si on arrive à temps, la seule manœuvre rationnelle pour la découvrir est le débridement de la plaie qu'on transformera, s'il le faut, en laparotomie exploratrice.

Il en est de même pour le *foie;* il n'existe qu'un signe de sa blessure, disent les auteurs, celui-là pathognomonique, c'est l'*écoulement de la bile par la plaie*. Sans doute une plaie large et profonde de la glande hépatique peut donner lieu à un écoulement biliaire, parce que de gros canaux excréteurs de ce liquide ont été ouverts, mais leur blessure ne va pas sans celle des vaisseaux sanguins qui les accompagnent et l'hémorragie emportera le malade avant qu'on ait eu le temps de constater la présence de la bile. L'écoulement de ce liquide si rarement observé est en rapport avec une plaie des gros canaux excréteurs du hile du foie ou de la vésicule bien plutôt qu'avec une blessure du parenchyme.

En ce qui concerne le rein, le seul symptôme qui s'ajoute à ceux de la contusion de cet organe (hématurie) est l'écoulement de l'urine par la plaie. Encore cet écoulement est-il très rare dans les plaies par instruments tranchants (3 °/₀ des cas), peu fréquent dans les plaies par armes à feu (un quart des cas). De la lecture des faits publiés, il résulte que cet écoulement d'urine est le plus souvent en rapport non avec la blessure de la substance du rein, mais avec une plaie du bassinet ou de l'uretère.

En tout cas, quand une plaie siège dans la région du rein ou que par la direction qu'a suivi l'instrument vulnérant on soupçonne que cet organe a pu être atteint, s'il n'y a pas d'écoulement d'urine par la blessure, le seul signe qui permet de faire, au début, un diagnostic précis, est l'hématurie spontanée ou la présence du sang dans la vessie reconnue par le cathétérisme. Si la plaie rénale a quelque étendue, elle s'accompagne d'hémorragie périnéale que le palper bimanuel du flanc et de la région lombaire permettra bientôt de reconnaitre, sous la forme d'une tuméfaction parfois bien limitée, le plus souvent diffuse; mais cette tuméfaction peut tenir à la blessure d'un vaisseau voisin du rein, elle n'a de valeur que si elle s'accompagne d'hématurie, qui reste en définitive le seul signe pathognomonique, puisqu'on ne saurait compter sur l'écoulement de l'urine par la plaie, d'abord à cause de sa rareté et ensuite par ce fait qu'il est surtout en rapport, nous le répétons, avec la blessure du bassinet ou de l'uretère.

Les blessures de la vessie sont d'un diagnostic facile quand l'urine s'écoule par la plaie; s'il n'en est pas ainsi, il n'en est pas moins vrai que les épreintes accusées par le malade doivent attirer l'attention du clinicien, l'inviter à pratiquer le cathétérisme qui ramène quelques gouttes d'une urine sanguinolente ou de sang. S'il en est ainsi, on peut affirmer le diagnostic, si, bien entendu, on a pris soin de s'assurer que le liquide sanguin ou teinte de sang ne vient pas de quelque lésion de l'urèthre, ce qu'il faut faire quand il s'agit de plaies périnéales qui peuvent aussi bien atteindre la vessie que la portion profonde du canal vecteur de l'urine.

Du reste, le diagnostic peut être ici posé avec certitude par l'exploration simultanée de la plaie et de la vessie. Un stylet conduit dans le trajet de la blessure, une sonde métallique si la plaie est assez large, peut dans quelques cas arriver jusqu'à la rencontre d'une autre sonde métallique introduite dans la vessie par l'urèthre; et, de la sensation de contact que perçoivent les doigts et parfois l'oreille résulte un diagnostic précis. Cette exploration nous paraît devoir toujours être faite; quel inconvénient peut-elle avoir si le chirurgien agit avec une asepsie rigoureuse? Le cathétérisme simple de la vessie combiné au palper hypogastrique ou au toucher rectal peut d'ailleurs suffire comme dans les déchirures pour poser un diagnostic exact, en montrant le bec de la sonde immédiatement sous la peau de l'hypogastre, ou dans le cul-de-sac vésico-rectal (chez l'homme).

Si le diagnostic des plaies pénétrantes de la vessie est en général facile, il faudrait, pour qu'il pût être utile à la thérapeutique, qu'il permît de dire si la plaie est intra ou extra-péritonéale. Le siège de la plaie pariétale peut être de quelque utilité à ce point de vue, mais il ne suffit pas, et il n'y a pas de signes qui permettent d'éclaircir ce point au début, et c'est seulement à cette époque qu'il y aurait nécessité de savoir si la plaie viscérale est ouverte ou non dans le péritoine.

Si le malade triomphe de l'état de choc qu'amènent le plus souvent les plaies pénétrantes de l'abdomen, s'il se relève, le diagnostic de la lésion de tel ou tel viscère, s'il n'a pu etre établi au début, ne le sera jamais dans quelques cas, car chacun sait que les lésions graves de l'intestin, du foie, etc., ont guéri

sans intervention, sans amener de symptômes consécutifs capables d'éclairer les cliniciens. Toutefois, ce n'est pas la règle, la péritonite emporte souvent les malades; elle ne permet pas de faire le diagnostic topographique de la lésion, et c'est à l'autopsie qu'on la reconnait, — mais les viscères atteints peuvent aussi, quand le malade survit, traduire leur blessure par des troubles de leurs fonctions; l'ictère, la glycosurie en sont la preuve pour le foie, la pyurie, les dépôts phosphatiques dans l'urine traduisent les lésions du rein, la cystite, la présence de corps étrangers, celles de la vessie, etc.

C'est assez dire qu'on devra toujours surveiller attentivement les blessés atteints de plaies pénétrantes de l'abdomen. Le diagnostic de ces dernières est encore rendu plus épineux par la fréquence de lésions complexes, c'est-à-dire atteignant plusieurs organes à la fois, l'intestin et un autre viscère le plus souvent, ou encore l'intestin et un gros vaisseau. Dans toutes les plaies pénétrantes siégeant à la partie supérieure de l'abdomen, il ne faut jamais négliger l'examen de la cavité thoracique; abdomen et thorax se pénètrent et il existe de nombreux faits où les viscères thoraciques ont été atteints en même temps que les viscères abdominaux.

LES CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

DIXIÈME SESSION
TENUE A PARIS, DU 19 AU 24 OCTOBRE 1896
Suite (1).

Fistule vésico-intestinale traitée par la suture transvésicale.

M. Pousson (de Bordeaux). — Un malade atteint de cystite vit à un moment donné des gaz s'échapper par l'urètre; on pensa qu'ils étaient dus à de la fermentation ammoniacale. Le malade resta pendant trois ans et demi dans cet état, puis les choses s'aggravèrent au point qu'il n'osait entrer dans un urinoir public, tellement l'émission des gaz était sonore. C'est alors que des matières fécales étant sorties par l'urètre, le diagnostic s'imposa et le malade me fut conduit.

A l'examen endoscopique, je vis une tache ecchymotique qui me sembla être le siège de la fistule. Je fis la taille hypogastrique et, à ma grande surprise, il n'y avait pas de pertuis au niveau de cette tache. La fistule siégeait au-dessus de l'embouchure de l'uretère droit. Je fis l'avivement, le dédoublement, et je suturais non pas du côté de l'intestin, je ne pus y arriver. Les suites furent excellentes, mais le troisième jour les gaz passèrent par l'urètre; le lendemain c'étaient les matières fécales. Il en fut ainsi pendant dix jours, puis petit à petit les phénomènes s'atténuèrent, et le malade guérit.

Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux.

M. Lavaux (de Paris). — On peut observer chez les calculeux une fausse incontinence, due à une cystite intense ou à une simple irritabilité vésicale; une incontinence vraie, avec vacuité absolue du réservoir urinaire, variété tout à fait exceptionnelle et observée dans des cas complexes, et une incontinence par regorgement, la plus importante au point de vue du traitement.

J'ai observé un cas chez un prostatique calculeux âgé de soixante-cinq ans, présentant les symptômes locaux et généraux de la troisième période de l'atonie de la vessie et ceux de la fièvre urineuse. C'est un de ces malades auxquels on défendait de toucher il y a dix ans.

Par la taille hypogastrique, je lui ai enlevé un volumineux calcul d'acide urique, présentant à sa partie moyenne un sillon circulaire occupant les trois quarts environ de la circonférence.

J'insiste sur ce fait, qu'il faut être bien convaincu qu'ici l'acte opératoire constitue la partie la moins importante du traitement, les soins pré et post-opératoires pouvant seuls assurer le succès.

Opérations palliatives contre le cancer de la prostate.

M. Desnos. — Dans les douleurs irradiées qui, dans le cancer de la prostate, occupent le périnée et la racine des membres inférieurs, douleurs qui sont dues à la compression des troncs nerveux par le néoplasme, on peut intervenir. C'est ainsi que j'ai pu, dans deux cas, après incision pré-rectale, dégager la prostate des adhérences qu'elle avait contractées avec les parties voisines, et réséquer une partie de cette glande. La décompression des organes pelviens, qui suivit cette opération, produisit une cessation presque immédiate des douleurs irradiées, et le soulagement a persisté jusqu'à la mort des malades, survenue quelques mois après, par suite des progrès de l'affection.

Résection des canaux déférents, et castration dans l'hypertrophie de la prostate.

M. Loumeau (de Bordeaux). — Je désire communiquer au Congrès les résultats de mon observation personnelle, relativement au traitement de l'hyper-

(1) Voir les nos 41 à 50 de l'*Union médicale*.

trophie prostatique par la double vasectomie et l'orchidectomie totale chez six malades atteints de rétention chronique complète remontant à plusieurs années.

1° Chez quatre malades opérés par la résection double et simultanée des canaux déférents, l'intervention n'a eu aucune influence appréciable sur les testicules, la prostate ni les fonctions de la vessie. Tous ont dû continuer à se sonder, et chez tous la rétention d'urine a persisté complète. Deux d'entre eux, précédemment affligés de fréquentes orchites, par cathétérisme, ont vu, depuis l'opération, leurs testicules demeurer indifférents à l'usage de la sonde.

2° Chez deux autres prostatiques pauvres et habitant la campagne, le cathétérisme était devenu très difficile et incompatible avec les exigences du travail des champs. La double castration, acceptée sans hésitation dans l'espoir d'une guérison rapide, amena dans les deux cas un résultat excellent, quoique inégal chez ces deux malades.

Le premier (qui présentait en même temps que sa rétention, un petit calcul phosphatique, et chez qui l'introduction du lithotriteur, impossible avant la castration, fut facile douze jours après), a vu sa rétention complète cesser au bout de seize jours, mais pour faire place à une légère rétention incomplète, ce qui lui permet d'uriner aisément sans sonde et de n'employer celle-ci que deux fois par jour, pour assurer la totale évacuation du résidu vésical, qui est de 30 centimètres cubes cinq mois après la castration. La prostate a été, chez cet opéré, sensiblement amélioré dans son volume et sa consistance.

Le second malade a vu, au bout de trente-six heures, sa rétention disparaître entièrement, et, depuis cette époque, il y a quatre mois et demi, la vessie se vide complètement sans sondage. Ici la prostate a été peu modifiée par la castration.

Dans l'un et l'autre cas, la prothèse testiculaire a été appliquée de façon à laisser croire aux malades qu'une opération moins radicale que la castration a pu suffire à les guérir. Le bénéfice retiré de l'orchidectomie par la fonction vésicale, est, de ce fait, augmenté chez eux par l'illusion de croire à la persistance de leur virilité.

Les infections péri-urétrales; leur traitement.

M. G. Vigneron (de Marseille). — L'infection des glandes urétrales est une complication fréquente des urétrites. Dans les six cas, susceptibles d'intervention, où nous l'avons rencontrée, elle siégait dans la première portion de l'urètre pénien.

Elle peut se limiter aux culs-de-sac glandulaires ou en dépasser les parois, gagner le tissu cellulaire péri-glandulaire et donner des abcès péri-urétraux, alors d'un certain volume. Abandonnés, ces abcès laissent une cavité infectée impossible à laver, se vidant mal dans l'urètre, dont ils entretiennent la suppuration continue ou intermittente (2 cas). Souvent aussi ils s'ouvrent vers la peau et donnent alors en plus les ennuis de toute fistule externe (2 cas). Même quand la désinfection est obtenue et que la cicatrisation semble parfaite, il est prouvé dans deux de nos observations qu'un diverticule profond peut persister vers l'urètre. En cas d'infection urétrale nouvelle, on voit alors se reformer de nouveaux abcès péri-urétraux aux points jadis contaminés.

On doit parer à ces accidents en traitant chirurgicalement toute glande infectée, à plus forte raison tout abcès ou fistule. Dans nos six cas, l'intervention a été la suivante : *a*) Ouverture large de l'abcès ou incision du trajet fistuleux. *b*) Résection de la paroi de la poche ou du trajet, et destruction des lambeaux qui peuvent persister avec la curette tranchante. *c*) Désinfection de la plaie avec le liquide approprié à la nature de l'infection. *d*). Suture si possible. Les jours suivants, on aura soin de continuer les lavages urétraux, mais à faible pression.

Le résultat a été parfait dans les six cas. La réunion par première intention a été obtenue dans quatre cas sur cinq, où elle a été tentée. La cicatrice, une fois obtenue, s'est maintenue dans les six observations.

L'écoulement urétral souvent ancien et rebelle, a rapidement disparu une fois le foyer péri-urétral oblitéré.

De l'ectopie inguinale du testicule; orchidopexie.

M. Tédenat (de Montpellier). — L'ectopie inguinale est la malposition la plus commune du testicule. Son intérêt s'augmente encore de la fréquence des hernies concomitantes et des accidents multiples qui surviennent à l'organe ectopie.

Chez l'enfant, le testicule inguinal est parfois peu développé, mais il conserve la possibilité de suivre son évolution plastique et physiologiques normales, quand on parvient à le fixer dans le scrotum.

S'il reste dans le trajet inguinal, il peut remplir ses fonctions d'une façon régulière, mais cela est rare. Le plus souvent, il subit une atrophie scléreuse consécutive aux contusions, aux froissements répétés, auxquels il est soumis par le seul fait de la contraction des muscles abdominaux. A plus forte raison en sera-t-il ainsi s'il est atteint d'inflammation blennorragique.

Pour ces diverses raisons et aussi pour éviter les néoplasies malignes, plus fréquentes dans le testicule ectopié que dans le testicule occupant sa posi-

tion normale, il y a indication formelle à ramener le testicule dans le sac scrotal.

On y parvient parfois, dans l'enfance, par des manipulations méthodiques, aidées de l'action d'un brayer à pelote échancrée, dont l'usage est indispensable quand l'ectopie se complique de hernies.

Le plus souvent, on aura recours à une opération (orchidopexie), qui permettra la cure radicale de la hernie, la consolidation du trajet inguinal souvent affaibli, même sans qu'il y ait hernie faite.

Cette opération m'a donné des résultats parfaits dans dix cas sur quatorze opérés. Dans trois cas, le testicule est remonté, tout en restant à une certaine distance de l'anneau inguinal inférieur, où il ne gênait pas l'opéré. Dans un seul cas, le testicule était douloureux, vraiment névralgique et, après une année, je dus en pratiquer l'extirpation.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1896

Séance publique annuelle et Distribution des Prix de 1896.

Mardi dernier a eu lieu la séance publique annuelle et la distribution des prix de l'Académie de Médecine pour l'année 1896.

Après la lecture, par M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, du rapport général sur les prix décernés en 1896 et l'énumération des prix proposés pour les années 1897, 1898, et 1899, M. le Dr Motet a lu l'éloge de Lasegue.

Voici la liste des prix :

PRIX DE L'ANNÉE 1896

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. (1)

Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

1° Un prix de 600 fr. à M. Georges Küss, interne des hôpitaux de Paris.

2° Encouragement de 400 fr. à M. Ansset, professeur agregé à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr.

Partagé entre M. E. Cassaèt, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; et M. Ferrier, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon.

Prix Amussat. — 1,000 fr. (Bisannuel).

600 fr. à MM. Delorme, professeur; et Chavasse, agrégé à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce.

400 fr. à MM. Mauclerre, de Paris, et de Bovis, médecin aide-major de 1re classe au 46e d'infanterie, à Paris.

Prix Baillarger. — 2,000 fr. (Bisannuel).

Un prix de 1,000 fr. est décerné à M. Paul Sérieux, médecin de l'asile de Villejuif.

Prix Barbier. — 2,000 fr.

L'Academie ne décerne pas le prix, mais accorde les encouragements suivants :

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont les prix annuels.

1° 1,000 fr. à M. Adrien Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay (Loiret); 2° 400 fr. à M. Séné, de Paulhac (Gironde); 3° 200 fr. à M. Lœwenberg, de Paris; 4° 200 fr. à M. E. Marchoux, médecin des Colonies, à Dakar (Sénégal); 5° 200 fr. à M. P. de Nucé, de Souillac (Lot).

Prix Charles Boullard. — 1,200 fr. (Bisannuel).

Une somme de 800 fr. est partagée à titre de prix entre M. E. Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux; et M. Ed. Toulouse, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

Une somme de 400 fr. est partagée à titre de récompense, entre M. Samuel Garnier, directeur de l'asile de Saint-Yly, près de Dôle (Jura); et M. Alexandre Paris, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville.

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 fr.

L'Académie partage le prix entre M. E. Thérémin, de Saint-Pétersbourg; et M. Paul Delaunay, de Paris.

Des mentions très honorables sont accordées à :

M. E. Biétrix, préparateur du laboratoire de zoologie maritime de Concarneau; et M. Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Arras.

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr.

M. G. Bertrand, préparateur de chimie au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

Mentions honorables à M. E. Gautrelet, de Vichy; à M. Moraigne, de Paris; et à M. Maurice Arthus, professeur à la Faculté de médecine de Fribourg.

Prix Capuron. — 1,400 fr.

Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mere sur l'etat de santé du fœtus.*

M. Chambrelent, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Prix Chevillon. — 1,500 fr.

Partagés entre M. Boinet, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, et M. Melville Wassermann, de Paris.

Prix Civrieux. — 1,000 fr.

Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

M. Paul Sérieux, médecin de l'asile de Villejuif (Seine).

Encouragement à M. Albert Pégurier, médecin aide-major de 1re classe au 142e d'infanterie.

Prix Daudet. — 1,000 fr.

Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.*

M. Jacquemart, de Paris.

Mention honorable à M. Cassedebat, médecin-major au 2e régiment de zouaves, à Oran.

Prix Desportes. — 1,300 fr.

1° 700 fr. à M. A. F. Dubergé, médecin principal à Toulon; 2° 300 fr. à M. Paul Claisse, de Paris; 3° 300 fr. à M. J. Goldschmidt, de Paris.

Prix Falret. — 900 fr. (Bisannuel).

Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

1° 300 fr. à M. Jacquemart, de Paris; 2° 300 fr. à M. Paul Rodet, de Paris; 3° 300 fr. à MM. André Antheaume et Raoult Leroy, internes à l'asile Saint-Anne.

Mention très honorable à M. L. Guinard, chef des travaux de physique à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Concours Vulfranc Gerdy

L'Académie a versé, en 1896, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

1° 1,500 fr. à M. Griner, 2° 1,500 fr. à M. Page; 3° 500 fr. à M. Ranglaret; 4° 500 fr. à M. Leblanc.

MM. Ranglaret et Leblanc, ayant terminé leur stage à la satisfaction de la Commission permanente des eaux minérales, l'Académie leur accorde en outre le titre de Lauréat (*Prix d'Hydrologie.*

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr.

1° 600 fr. à M. Ernest Barié, de Paris; 2° 200 fr. à M. Fernand Besançon, de Paris; 3° 200 fr. à M. Pierre Bonnier, de Paris.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3,000 fr.

M. Gilles de la Tourette, de Paris.

Mentions honorables à : 1° MM. Arthur Claus, d'Anvers; et Omer Van der Stricht, de Gand; 2° M. Gustave Durante, de Paris.

PRIX HUGO. — 1,000 fr. (Quinquennal).

1° 500 fr. à M. Maurice Albert, professeur à l'École militaire de Saint-Cyr; 2° 500 fr. à M. G. Péry, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Mentions honorables à : MM. Buret, Cabanès, Edmond Dupouy, de Paris; Binet, de Toul; Edwrard Ehlers, de Copenhague; Samuel Garnier, de Saint-Ylie (Jura); Constantin Lambros, d'Athènes; Neumann, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse; et M. Auguste Brachet, de Menton.

PRIX LABORIE. — 5,000 fr.

Un prix de 4,500 fr. à MM. Delorme, professeur; et Mignon, agrégé de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr.

M. Du Cazal, médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce.

Mentions honorables à :

1° MM. Henri Blaise, de Montpellier; 2° F. Burot, et à A. Legrand, médecin de la marine à Rochefort-sur-Mer; 3° M. Marty, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort.

PRIX LAVAL. — 1,000 fr.

M. Léon Barbonneix, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX LEFÈVRE. — 1,800 fr. (Triennal).

Question : *De la mélancolie :*

MM. Roubinovitch et Toulouse, chefs de clinique à l'asile Sainte-Anne.

Mention honorable à MM. J. Toy et Th. Taty, chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme).
2,600 fr.

1° 1,400 fr. à M. F.-J. Callot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; 2° 600 fr. à M. Em. Ménière, de Paris; 3° 600 fr. à M. Pierre Bonnier, de Paris.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1,500 fr.

L'Académie partage le prix de la manière suivante :

1° 1,000 fr. à M. Emile Legrain, de Bougie (Algérie); 2° 500 fr. à M. J.-B. Piot, vétérinaire en chef des domaines de l'État Égyptien.

Mentions honorables à M. A. Knopf, de New-York, et Mme Dorothée Chellier, docteur en médecine à Paris.

PRIX ORFILA. — 2,000 fr. (Bisannuel).

Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

M. O. Arnaud, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du Service de santé du 12e corps, à Limoges.

Mentions très honorables à M. Louis-Edmond Bertrand, médecin en chef de la marine, à Toulon, et à M. Pierre Bouquet, de Roissy-en-Brie (Seine-et-Marne).

PRIX OULMONT. — 1,000 fr.

M. Samuel Banzet, interne, médaille d'or, au concours annuel du prix de l'internat des hôpitaux de Paris (chirurgie), a obtenu le prix.

PRIX PORTAL. — 600 fr.

Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

L'Académie partage le prix entre :

M. et Mme Christiani, docteurs en médecine à Genève;

MM. François Barjon et Claudius Regaud, interne des hôpitaux de Lyon.

PRIX POURAT. — 1,000 fr.

Question : *Les relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

M. Laulanié, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse.

PRIX SAINTOUR. — 1,400 fr. (Bisannuel).

2,000 fr. partagés entre MM. Albert Péron, de Paris, et Emile Boix, de Paris.

Des récompenses sont accordées à :

1° 400 fr. à M. E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; 2° 400 fr. à M. G.-H. Lemoine, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 3° 400 fr. à M. Adolphe Leray; 4° 400 fr. à M. J. Roubinovitch, de Paris; 5° 400 fr. à M. Lecerf, de Saint-Julien de-Concelles (Loire-Inférieure); 6° 400 fr. à M. H. de Brun, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie).

Mentions honorables à MM. C. Fournier, d'Amiens; G. Lauth, au Vésinet; B. Lœwenberg, de Paris; Ch. Pépin, de Dinan; et E. Sergent, de Paris.

PRIX SAINT-PAUL. — 25,000 fr.

Le prix a été partagé entre MM. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, de Paris, et Emile Behring, de Marbourg-sur-Lahn (Allemagne).

Les autres travaux présentés à l'Académie ne sont pas récompensés.

PRIX STANSKI. — 1,800 fr. (Bisannuel).

M. L. Rénon, de Paris.

PRIX VERNOIS. — 700 fr.

Le prix n'est pas décerné.

L'Académie accorde les récompenses suivantes :

1° 200 fr. à MM. H. Labit, médecin-major de 2e classe au 3e régiment de hussards à Verdun, et H. Polin, médecin-major de 1re classe, au 56e régiment d'infanterie à Chalon-sur-Saône; 2° 200 fr. à M. P. Just Navarre, ancien médecin de la marine, à Lyon; 3° 200 fr. à M. Charles Viry, médecin principal de 1re classe, directeur du Service de santé du 2e corps d'armée à Amiens; 4° 100 fr. à M. Mangenot, de Paris.

Mention honorable à M. A. Chuquet, de Cannes.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

1° *Médaille d'or, à :* M. Planche (Balaruc-les-Bains).

2° *Rappel de médaille d'or, à :* M. Caulet (Saint-Sauveur).

3° *Médailles d'argent, à :* MM Bordas, chef du service des Eaux minérales au Laboratoire municipal; Choux, médecin-major de 1re classe, médecin de l'hôpital militaire de Bourbonne; Elevy (Biarritz); Mallat (Vichy).

4° *Rappels de médailles d'argent, à :* MM. Chiais (Evian-les-Bains); Laissus (Salins-Moutiers); Laussedat (Royat).

5° *Médailles de bronze, à :* MM. Barrabé (Bagnoles-de-l'Orne); Darroze (Préchacq-les-Bains); Dresch (Aix-les-Bains); Jules Félix (Bruxelles); Van Merris, médecin principal de 1re classe (Amélie-les-Bains).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES

1° *Médailles d'or, à :* MM. H. Vincent, médecin-major de 2e classe, attaché au Laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Dey, à Alger; André Dubrulle, médecin-major de 1re classe, et Marotte, médecin aide-major de 1re classe, à Bourg; Eymar Lacour, pharmacien principal de l'armée, à Versailles, et Maximilien Gavin, inspecteur principal du Service des Eaux de Versailles; Hébert, d'Audierne (Finistère); Fernand Camus, médecin-major de 1re classe, à Saint-Omer.

2° *Rappels de médailles d'or, à :* MM. Aubert, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; Blanquinque (Laon); Chabenat, La Châtre (Indre); Legée, Abbeville (Somme).

3° *Médailles d'argent, à :* MM. Bassères, médecin-major de 2e classe, à Alger; J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de 1re classe, à Beauvais; Jules Meyer, médecin aide-major de 1re classe, à El-Aricha; Trouillet, médecin-major de 2e classe, à Dijon.

4° *Rappels de médailles d'argent, à :* MM. Audré (Toulouse); L. Bard (Lyon); H. Geschwind, médecin principal de 2e classe; Jaubert, médecin-major de 2e classe (Mont-Dauphin, Hautes-Alpes); Lesueur (Bernay, Eure); Mathieu (Vassy, Haute-Marne); H. Pauthier (Senlis, Oise); Raynaud (Alger); Rousseaux (Vouziers, Ardennes); Vergely (Bordeaux).

5° *Médailles de bronze, à :* MM. Bousseau (Cholet); Dommartin, médecin-major de 2e classe; Dupuis (Saint-Denis); Foucault (Fontainebleau); Herland (Rosporden, Finistère); Lallemant, médecin-major de 1re classe (Saint-Étienne, Loire); Matignon, médecin aide-major de 1re classe (Pékin); Muller (Saint-Quentin, Aisne); Omont (Pont-Audemer, Eure); Pinatel (Urt, Basses-Pyrénées); Spiral (Montmédy, Meuse); Szczypiorski (Mont-Saint-Martin, Meurthe-et-Moselle).

6° *Rappels de médailles de bronze, à :* MM. Boyer (Commercy, Meuse); Cassedebat, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de zouaves (Oran); Cerf Mayer (Brest); Legros (Rochefort-sur-Mer); Lop (Marseille); Richer de Forges (Morlaix, Finistère); Thibaudet (Chatillon-sur-Chalaronne, Ain).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° *Médaille d'or, à :* M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental de l'Eure (Évreux).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Delobel (Noyon, Oise); Doumic (Pontoise); Durand (Auxigny, Cher); Gaude-

froy (Vatan, Indre); Giersinski (Ouarville, Eure-et-Loir); Rivière (Bordeaux).

4° *Rappels de médailles de vermeil, a :* MM. les docteurs Barthès (Caen); Capelle (Hermies, Pas-de-Calais); Denizet (Melun); Jenot (Dercy, Aisne); Mazade (Marseille); Picard (Selles-sur-Seille, Loir-et-Cher); Regnoul (Villeneuve-la-Guyard, Yonne): Sutils (La Chapelle-la-Reine, Seine-et-Marne).

4° *Médailles d'argent, a :* MM. les docteurs Bauzon (Chalon-sur-Saône); Brallet (Le Thillot, Vosges); Brun (Ladon, Loiret); Delfau (Paris); Espagne (Montpellier); Joly (Fuquembergues, Pas-de-Calais); Nory (Sainte-Suzanne, Mayenne); Veillard (Lorris, Loiret), John Lemoine (Paris).

5° *Rappels de médailles d'argent, à :* MM. les docteurs Auge (Reuilly, Cher); Baratier (Jeugny, Aube); Dumée (Nemours, Seine-et-Marne); Grosjean (Montmirail, Seine-et-Marne); Lehec (Châtillon-sur-Indre, Cher); Picard (Lagny, Seine-et-Marne); Surbled (Corbeil); Trotignon (Issoudun, Indre).

6° *Médailles de bronze, à :* MM. les docteurs Ansaloni (Romorantin, Loir-et-Cher); Auvert (Aurillac); Bec (Avignon); Beullard (Villefranche, Yonne); Boucoiran (Saint-Brieuc); Bourdon (Méru, Oise); Brun (Tournon-Saint-Martin, Indre); Cantin (Brie-Comte-Robert, Seine-et-Marne); Cornilleau (Boessé-le-Sec, Sarthe); Delavalle (Sailly-sur-la-Lys, Pas-de-Calais); Dermigny (Saint-Simon, Aisne); Desplantes (Nogent-le-Rotrou, (Eure-et-Loir); T. Dodeuil (Ham, Somme); Dupont (Nogent-sur-Vernisson, Loiret); Eltchinanoff (Saint Calais, Sarthe); Féraudi (Nice); Foucart (Sezanne, Marne); Girat fils (Neuvy-Saint-Sépulcre); Gruson (Marquise, Pas-de-Calais); Ladevèze (Saint-Florent, Cher); Lath (Saint-Germain-en-Laye, Seine-et-Oise); Lautre (Toulouse); Lebault (Saint-Vit, Doubs); Lesueur (Bernay, Eure); Limasset (Dormans, Marne); P.-A. Lop (Marseille); Morère (Palaiseau, Seine-et-Oise); Painetvin (Fresnoy-le-Grand, Aisne); Paté (Le Thour, Ardennes); Tassin (Leugny, Yonne); Tissié (Bordeaux); Villard (Verdun, Meuse).

SERVICE DE LA VACCINE

Un prix de 1,500 francs à partager ainsi qu'il suit :

600 fr. à M. G.-H. Lemoine, medecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 500 fr. à M. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille; 400 fr. à M. Duvignaud, médecin principal des colonies.

Quatre medailles d'or, à : MM. J. Delobel et P. Cozette (Noyon, Oise); Haueur, médecin de 1re classe des colonies; A. Loir, directeur de l'Institut Pasteur de la Régence de Tunis; A. Lop (Marseille).

Cent médailles d'argent, notamment à MM. les docteurs :

Albert (Toulouse); Auvert (Aurillac); Baratier (Jeugny, Aube); Bascou (Bouisse, Aude); Bastiou (Plouaret, Côtes-du-Nord); de Béchon (Brest); Bellot (Contantine); Bergasse (Valence); Bernard (Toulouse); Beumier (Tiaret, Algérie); Biat (Liévin, Pas-de-Calais); Bompaire (Millau, Aveyron); Boureau et Chaumier (Tours); Bourgain (Boulogne-sur-Mer); Buy (Fort-National, Algérie); Cassedebat (Oran); Cazanova et Couret (Fort-National, Algérie); Chabaud (Prades, Ardèche); Chapoy et Gournand (Besançon); Chéreux (Quimper); Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage, Calvados); Ciaudo (Nice); Coiffier (Au Puy, Haute-Loire); Colin (Quimper); Convers (Saint-Etienne); Cordillot (Orleansville); Courrent (Tuchan, Aude); Crimail (Nantes); Darget (Orthez, Basses-Pyrénées); Davéo (Paris); Debreil (Lille); Deschamps (Montigny, Haute-Marne); Druelle (Outreau, Pas-de-Calais); Dubuisson (Châteauneuf, Finistère); Dufourcq (Salies, Basses-Pyrénées); Durand (Marseillan, Hérault); Duvernet (Paris); Farganet (Gardaïa, Algérie); Feltz (Saint-Denis); Fontaine (Tonkin); Foucart (Sézanne, Marne); Fuzet-du-Pouget (Casteljau, Ardèche); Gérard-Laurent (Sanvic, Seine-Inferieure); Getten (Pouillon, Landes); Girat (Neuvy-Saint-Sépulcre, Indre); Gomot (Guéret); Grias (Pont-Aven, Finistère); Guével (Pont-l'Abbé, Finistère); Huguet Sidi-Aissa, Algérie); Jaurès (Dourgne, Tarn); Jenot (Dercy, Aisne); Juppé (Arudy, Basses-Pyrénées); Laffage (Dra-el-Mizan, Algérie); Lafaye (Laghouat); Lagarde (Montauban); Leclercq (Djelfa, Algérie); Le Febvre (Morlaix); Lépinay (Saigon); Mangenot (Boghar, Algérie); Marty (Bou-Saâda, Algérie); Massina (Au Boulou, Pyrénées-Orientales); Massonet (Beni-Indel, Algérie); Matignon (Pekin); Mercier (Versailles); Merz (Lyon); Montel (Elbeuf); Morvan (Pleybel, Finistère); Mougeot (Saigon); Néis (Pont-Croix, Finistère); Ohier et Breuil (Dinan, Côtes-du-Nord); Perrier (Nimes); Quéré (Callac, Côtes-du-Nord); Rotillon (Paris); Sanquer (Morlaix); Schwartz (Affreville, Algérie); Sudour (Bayonne); Sutils (La Chapelle-la-Reine, Seine-et-Marne); Tanguy (Plouescat, Finistère); Valicourt (Philippeville); Vivier (Angoulême); de Welling (Rouen).

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

C'est sur la *pathogénie de l'appendicite* que M. Pozzi prend le premier la parole. Tout d'abord, l'orateur s'occupe du rôle de la typhlite. Donne-t-elle lieu aux mêmes symptômes que l'appendicite quand l'appendice n'est pas malade ? Toutes les raisons données dans les séances précédentes prouvent qu'une fois l'appendice élevé, les accidents de typhlite peuvent continuer, mais l'appendicite a des symptômes bien nets.

M. Pozzi admet, comme beaucoup de ses collègues, l'influence de l'entérocolite dans la détermination de l'inflammation appendiculaire, et soutient que souvent l'appendicite est le premier organe malade, par exemple, dans le cas de corps étranger.

En arrivant ensuite à la théorie du vase clos, M. Pozzi estime qu'on a beaucoup exagéré en apportant tous les faits qui paraissent confirmer cette théorie. L'oblitération existe plus souvent qu'on ne pense.

L'orateur cite ensuite une observation, dans laquelle les phénomènes d'entérocolite, de typhlite et d'appendicite se sont succédés. La malade eut même, à la suite, des accidents du côté du foie. Il y a eu, en même temps, deux oblitérations, l'une des voies biliaires, l'autre de l'appendice.

M. Reynier commence par citer une observation dans laquelle il trouve un premier abces du côté gauche ; dans une seconde intervention au côté droit, il put trouver l'appendice et l'enlever. Cet appendice n'était pas obstrué.

Passant ensuite à la théorie de la cavité close, M. Reynier la combat en s'appuyant sur la variété considérable d'appendicites, et sur ce fait que les salpingites suppurées, quand elles sont obstruées, ont un pus stérile.

M. Poirier se demande si dans cette discussion on ne perd pas trop de vue la nature de l'appendice. C'est un organe en régression, et cette régression se continue pendant la période dans laquelle on rencontre l'appendicite. Cette régression a souvent pour résultat de tordre l'appendice, d'où ischémie et vase clos tout naturellement forcé. On peut aussi expliquer facilement la gangrène qu'on rencontre souvent dans les appendices malades.

Les secondes crises sont explicables aussi par des actions mécaniques.

— M. Chavane fait une communication sur une *double constriction des machoires*, traitée par une ostéotomie à droite, et par une rupture forcée à gauche. Guérison.

— M. Villemin fait une lecture sur un cas d'*entéropexie*, faite pour remédier à un cas d'occlusion intestinale.

— M. Jullien fait une lecture sur un cas d'*infection purulente déterminée par un panaris*.

* * *

Ordre du jour de la séance du 23 décembre 1896 :

Suite et fin de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite (MM. Championniere, Felizet, Reclus, Pozzi, Routier).

Rapport: — Luxation de l'extrémité supérieure du radius; résection (M. Chevassus), par M. Schwartz.

Election du Bureau pour 1897.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1896

M. Achard présente un malade profondément intoxiqué par le plomb et atteint d'une parotidite saturnine double

ayant débuté il y a un an et ayant subi depuis des variations assez grandes. Souvent la tuméfaction des parotides augmente notablement après les repas. Lors d'une de ces poussées, observée à l'hôpital, il y avait, en même temps, une stomatite très marquée, et M. Achard se demande si cette stomatite n'a pas joué un rôle dans la poussée d'accroissement, soit en provoquant une hypersécrétion salivaire, soit en déterminant un rétrécissement inflammatoire des voies d'excrétion

Dans un autre cas, chez un malade non saturnin, M. Achard a vu une stomatite, entretenue par une dent cariée, s'accompagner par la tuméfaction de la muqueuse avoisinant l'orifice du canal de Sténon, et d'une parotidite chronique de ce côté. Le malade, qui était syphilitique, avait pris beaucoup d'iodure, c'est peut-être l'iodure qui avait préparé le terrain, comme le saturnisme chez le premier malade.

— M. Fernet présente un malade âgé de quarante ans qui subit, il y a dix ans, l'ablation d'un testicule atteint de sarcome, et chez lequel se produisirent, quatre ans plus tard, des adénopathies sus-claviculaires et médiastines, avec compression de la veine cave supérieure. M. Fernet a injecté dans les ganglions du cou et du médiastin du naphtol camphré. Le malade semble s'en être trouvé amélioré.

M. Fernet présente ensuite un cas d'*ectopie cardiaque à droite*, sans transposition des viscères, dû probablement à une pleurésie droite qui aurait passé inaperçue pendant l'enfance.

— M. Merklen lit un travail sur l'*action dissociée de la digitale dans l'asystolie*.

L'action de la digitale dans l'asystolie se traduit habituellement par le ralentissement et la régularisation du pouls, par une diurèse plus ou moins abondante, enfin par la diminution du volume du cœur dilaté et l'augmentation de son énergie. Ce triple résultat ne se produit que dans les cas favorables; il manque quand le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés, et cet insuccès de la digitale est d'un fâcheux pronostic. Mais, à côté de cet insuccès total, on peut observer des insuccès partiels. Parfois le pouls reste fréquent malgré la diurèse; ailleurs l'oligurie persiste et le cœur demeure dilaté, malgré son ralentissement.

Un premier mode de dissociation, la *diurèse sans ralentissement du pouls*, appartient à ces formes rares d'asystolie qui résultent de la compression des nerfs pneumo-gastriques dans le médiastin par les ganglions tuberculeux. La conséquence habituelle de cette compression est une accélération permanente du cœur aux environs de 160, pouvant persister des mois sans amener de troubles fonctionnels, mais se compliquant, dans des conditions non encore précises, d'une asystolie également permanente. La digitale est sans action sur cette tachycardie, et néanmoins elle provoque la diurese, s'il y a simultanément stase veineuse et anasarque par asystolie. Cette diurèse est d'ailleurs de courte durée, et n'est que rarement suffisante pour diminuer d'une manière notable les œdemes et les stases viscérales.

Le *ralentissement du pouls sans diurèse*, deuxième mode de dissociation, a une signification bien différente, et relève une altération profonde du myocarde. Des deux modes de dissociation qui viennent d'être signalés, le premier, *diurèse sans ralentissement du pouls*, peut utilement servir au diagnostic. Les faits que j'ai observés tendent à établir que cette action diurétique de la digitale, indépendante de l'action modératrice, se produit quand l'influence ralentissante des pneumo-gastriques est entravée sans que le myocarde soit sérieusement altéré, et sans que le cœur et les vaisseaux soient soustraits à l'influence du grand sympathique. C'est le lieu de rappeler que la physiologie expérimentale a permis de dissocier les effets multiples de la digitale et de réaliser avec une certaine précision ce qu'en clinique on n'observe que rarement et incomplètement. Elle nous a depuis longtemps appris que ce médicament est tout d'abord un *cardio-modérateur* qui ralentit le pouls en agissant sur les nerfs pneumo-gastriques et l'appareil modérateur intra-cardiaque. Cette action ne peut plus se produire quand les pneumo-gastriques sont coupés ou paralysés par l'atropine, ou, ce qui revient au même, quand ils sont comprimés par une tumeur du médiastin.

Mais la digitale est en même temps un *cardio-toxique* ayant la propriété d'augmenter l'énergie systolique du cœur et de diminuer son volume; or, cette action cardio-toxique est indépendante de l'action cardio-modératrice.

S'exerçant sur le myocarde directement et par l'intermédiaire des nerfs toni-accélérateurs, c'est-à-dire du grand sympathique, elle peut encore se produire quand les nerfs pneumo-gastriques sont sectionnés ou paralysés. Ce relèvement de l'activité cardiaque en l'absence de tout ralentissement suffit à expliquer la diurèse digitale telle que je l'ai observée dans l'asystolie par compression des pneumo-gastriques. Mais cette diurèse résulte non moins d'une troisième propriété de la digitale, son action *vaso-constrictive* ou *vaso-tonique*, également indépendante de l'action modératrice, et de même ordre que l'action cardio-tonique.

Le deuxième mode de dissociation, *ralentissement du pouls sans diurèse*, avec *augmentation de la dilatation cardiaque*, s'observe dans les cas où le cœur et les vaisseaux sont trop profondément altérés pour subir l'influence tonique de la digitale, alors que les pneumo-gastriques exercent encore sur le myocarde leur action modératrice. L'action tonique se produit, non seulement par l'intermédiaire du grand sympathique, mais aussi grâce à une action directe du médicament sur le tissu musculaire. Mais, si le myocarde et la tunique musculaire des artérioles ont subi une dégénérescence telle que la digitale est impuissante à en relever l'activité, le cœur pourra se ralentir sans diminuer de volume, d'où une évacuation de plus en plus insuffisante et, comme conséquence, l'augmentation de sa dilatation et de la stase veineuse.

— MM. Widal et Picard ont constaté à l'autopsie de trois typhiques que la sérosité pleurale donnait la *réaction agglutinante* d'une façon tres nette. Ce n'est point, dans le cas que M. Ménétrier a rapporté à la Société, à la présence du bacille d'Eberth dans l'épanchement qu'il faut attribuer l'absence de réaction de ce liquide, mais probablement à la rapidité de production de cet épanchement et aux modifications que subit, dans ces conditions, le plasma épanché.

MM. Vidal et Sicard ont montré qu'il en était ainsi pour les larmes : à l'état ordinaire, le liquide que l'on recueille à l'angle interne de l'œil d'un typhique a la propriété agglutinante; si l'on excite la production des larmes, par des vapeurs irritantes, par exemple, ces larmes ne présentent plus la réaction.

— M. Thoinot, en son nom et au nom de M. Cavasse, interne des hôpitaux, communique une observation de fièvre typhoïde légère typique, suivie d'une double rechute, avec séro-diagnostic négatif dans la première attaque, positif dans les deux suivantes et surtout dans la convalescence définitive.

MM. Thoinot et Cavasse tirent de ce fait les conclusions suivantes :

« La réaction de Widal peut, dans certains cas légers, être extrêmement lente à se produire; il faut une prolongation d'infection, une atteinte double et triple — qui compense, par la longueur, la légèreté de l'infection — pour permettre au phénomène de l'agglutination de se dégager nettement. Notre cas en est un bel exemple. Il permet de penser que si, il y a quelques années, on annexait peut-être un peu trop facilement les embarras gastriques à l'infection typhoïdique, on pourrait aujourd'hui commettre l'erreur inverse, en concluant trop vite d'un résultat négatif par l'épreuve du sérum à l'absence de fièvre typhoïde. C'est ce qui nous serait très probablement arrivé si le malade nous eût quittés dès la première apyrexie. »

ACADÉMIE DES SCIENCES

Du caillot non rétractile : suppression de la formation du sérum sanguin dans quelques états pathologiques. — Note de M. Hayem, présentée par M. Bouchard.

A l'état normal, le caillot formé par le sang issu des vaisseaux se rétracte pour abandonner une certaine quantité de sérum qui l'imbibe.

Cette propriété disparaît dans certains états pathologiques. Le caillot reste alors infiltré de liquide à la façon d'une éponge humide non exprimée. Il ne se produit pas de sérum. C'est le défaut de contraction du caillot qui tient sous sa dépendance la suppression de la formation du sérum. L'absence de rétractilité de la fibrine constitue donc le phénomène essentiel, caractéristique de l'altération du sang.

Les états pathologiques dans lesquels je l'ai observé sont le purpura hemorragica, l'anémie pernicieuse protopathique, certains états cachectiques très avancés dans leur évolution, la cachexie paludéenne, certains états infectieux.

Dans le purpura, l'anémie pernicieuse protopathique, les cachexies arrivées à leur terme ultime, la suppression de la production du sérum, coïncide avec une diminution considérable dans le nombre des hématoblastes.

On ne peut pas affirmer d'une manière absolue que cette modification dans la constitution anatomique du sang soit seule en cause dans ces divers cas pathologiques. Mais il est certain que la pauvreté du sang en hématoblastes suffit pour que ce liquide perde la propriété, après s'être coagulé, de fournir du sérum. J'ai établi ce fait, il y a plusieurs années, à l'aide d'une expérience très simple. Elle consiste à faire voir que le plasma du cheval, débarrassé des hématoblastes qu'il tient en suspension par une filtration à zéro degré, fournit un caillot non rétractible.

Dans les états infectieux, tels que la pneumonie, où l'absence du caillot peut également s'observer, le phénomène doit avoir une autre origine, car les hématoblastes sont alors nombreux. On peut supposer qu'en cas d'infection le sang se trouve adultéré par la présence de substances chimiques pouvant exercer une influence sur les qualités de la fibrine.

Le fait de la suppression de la formation du sérum peut être utilisé en clinique. On peut s'en servir pour distinguer la forme protopathique de l'anémie pernicieuse progressive des états d'anémie extrême souvent confondus avec cette affection.

Dans les cachexies, le phénomène en question est d'un pronostic grave; il est l'annonce d'une mort prochaine.

LES LIVRES NOUVEAUX

Du service médical dans les travaux de construction. — Une campagne en Macédoine (1893-1895), par le Dr Barthe de Sandfort. — In-8° raisin de 228 pages, avec planches et graphiques. Prix : 7 fr. 50.

A une époque où les esprits sont dirigés vers les grandes entreprises lointaines, et où la construction des voies ferrées tient le premier rang dans les préoccupations commerciales de tous les peuples, l'ouvrage du Dr Barthe de Sandfort offre aux ingénieurs, sous une forme aussi succincte que précise, le moyen pratique de prévoir, dans le devis des travaux projetés, l'organisation si importante d'un service sanitaire complet; il démontre, par une expérience des plus probantes, combien il est utile et facile de répondre aux desiderata de l'hygiène sur les chantiers.

Les médecins trouveront des notions précieuses sur des fonctions en général peu connues, et ils apprendront à surmonter toutes les difficultés d'une tâche plus délicate et plus captivante qu'on ne saurait le supposer.

A cette étude, si pratique qu'elle mériterait le titre de « *Carnet du Médecin d'Entreprises* », l'auteur a su joindre des considérations scientifiques aussi sérieuses qu'intéressantes. Tout en rendant hommage à ses nombreux devanciers dans cette voie, le Dr Barthe de Sandfort donne une note très personnelle à toutes les questions de Pathologie, d'Hygiène et de Thérapeutique concernant les travaux de terrassement. Mais pour laisser au lecteur toute la liberté de conclure, il se contente de mettre sous ses yeux de nombreux graphiques et tableaux statistiques qui suivent, mois par mois, pendant deux ans, une véritable armée de 8,000 travailleurs.

L'aridité apparente du sujet est tempérée par d'alertes aperçus sur la vie de ces hardis pionniers du Génie civil et sur les pays que va régénérer la ligne toute Française dont il nous fait l'histoire. C'est ainsi que, dans un dernier chapitre, qui constitue un véritable opuscule, il nous fait faire, en Macédoine, une promenade à laquelle les événements politiques donnent une saveur d'actualité toute particulière.

ÉCHOS & NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la création des Maternités de Saint-Antoine et de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes ont lieu dans le service des accouchements des hôpitaux de Paris :

M. Bar passe de Saint-Louis à Saint-Antoine; M. Charpentier de Ribes, de Tenon à l'Hôtel-Dieu; M. Bonnaire, du Bureau central à Saint-Louis; M. Boissard, du Bureau central à Tenon.

Faculté de Médecine de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux aux hospices civils de Lyon aura lieu le lundi 29 mars 1897, à huit heures du matin. Ce concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu, devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Le registre d'inscription sera clos le samedi 20 mars 1897. Pour tous renseignements, s'adresser au bureau des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu.

Le Syndicat des médecins de la Seine (700 membres, sous la présidence d'honneur des Drs Brouardel et Le Baron), qui tient ses séances publiques à la Faculté de

médecine, a eu la séance mensuelle accoutumée de son Conseil d'administration, le samedi 5 décembre, au siège social, 28, rue Serpente, Palais des Sociétés Savantes.

Au cours de cette séance, il n'a été fait aucunement mention de l'affaire Thomson.

Ceci, afin d'éviter toute confusion entre notre Syndicat et le Syndicat général des médecins de Paris et du département de la Seine.

Commission supérieure du travail. — M. le docteur Napias est nommé membre de la Commission supérieure du travail dans l'industrie, pour une nouvelle période de quatre années.

Service de santé des colonies. — L'uniforme du corps de santé des colonies se compose des tenues suivantes :

Médecins inspecteurs de première et de deuxième classe. — GRANDE TENUE. *Tunique* : la tunique est en drap bleu foncé, à deux rangs de boutons avec pattes brodées sur les épaules. *Parements*, broderie circulaire en or sur velours grenat, composée d'une dent de loup encadrant deux branches d'olivier entrelacées, de 8 centimètres de largeur. *Collet* : broderie couvrant entièrement le collet, caducée à chaque extrémité. *Pantalon*, en drap bleu foncé à bandes d'or. *Epée*, à poignée d'écaille avec dragonne en or à grosses torsades. *Ceinturon*, en soie bleue et or. *Chapeau monté*, bordé d'un galon à crête et orné de plumes noires frisées. *Boutons*, dorés, timbrés d'un caducée. *Ceinture*, or et soie grenat présentant huit bandes d'or et sept bandes d'or et soie, toutes égales de largeur et disposées alternativement dans le sens de la longueur. *Capote*, *manteau* et *pèlerine*, avec boutons dorés. — PETITE TENUE. *Dolman*, en drap bleu foncé ou flanelle de même couleur, orné aux manches, à 3 centimètres du bord inférieur, d'une broderie sur velours grenat de 4 centimètres, semblable à celle de la grande tenue. *Képi*, en drap bleu foncé, turban en velours grenat, broderie de la hauteur du turban, caducée au-dessus de la visière, quatre montants.

Médecins en chef de première classe. — TENUE. *Dolman*, en drap bleu foncé à une rangée de boutons, cinq galons en or sur parement en velours grenat. Sur l'épaule, pattes en or. Au collet, caducée en or. *Pantalon*, en drap bleu foncé, passepoil rouge. *Képi*, en drap bleu foncé, turban en velours grenat, orné de cinq galons en or, caducée au-dessus de la visière. *Epée*, à fourreau nickelé avec dragonne en or à grosses torsades. *Boutons*, dorés, timbrés d'un caducée. — TENUE EN BLANC. *Veston*, droit, à une rangée de boutons; au collet, suivant les circonstances, caducée mobile, galons mobiles. *Pantalon*, blanc. *Casque*, en liège. *Veston* ou *dolman*, en flanelle de chine, un seul rang de cinq boutons.

Médecins en chef de deuxième classe. — Meme tenue que pour les médecins en chef de premiere classe; trois galons en or et deux en argent.

Médecins principaux. — Même tenue; quatre galons en or.

Médecins de première classe. — Même tenue; trois galons en or. *Epée*, avec dragonne en or.

Médecins de deuxième classe. — Même tenue, deux galons en or.

Médecins de deuxième classe stagiaire. — Même tenue. Garderont leur galon de l'école jusqu'à leur promotion au grade de médecin de deuxième classe. *Képi*, un galon en or.

Pharmaciens — La tenue est la même que celle des médecins. Le velours est vert pour le parement du dolman et le turban du képi.

La nouvelle tenue sera obligatoire dans un délai de dix-huit mois.

Faculté de médecine de Nancy. — Voici la liste des récompenses pour l'année scolaire 1895-1896 :

Deuxième année : Prix d'anatomie et d'histologie : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Louis Michel ; mention honorable, M. Forquin.

Deuxième année : Prix de physiologie : médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Mathieu; mention très honorable, M. Louis Michel.

Quatrième année : Prix de chirurgie et d'accouchement: médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Gaston-Eugène Michel; première mention honorable, M. Beuvignon; deuxième mention honorable, M. Rapp.

Quatrieme année : Prix de médecine : médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Lahaussois; première mention honorable, M. Demange; deuxième mention honorable, M. Hadot.

Prix de thèse de 325 francs, du conseil général de Meurthe et-Moselle et de la ville de Nancy: M. Pillon ; mention très honorable *ex æquo*, MM. André et Simon.

Prix Bénit, dit de l'internat, de 233 franes, M. Vaney; mention honorable, M. Thiry.

Universités d'Autriche. — On sait que dans les Universites allemandes le professeur est payé par ses élèves et que ces honoraires (Collegien Gelder) représentent le plus clair de ses bénéfices.

Le gouvernement autrichien, malgré la résistance de la majorité des médecins, vient de décider de modifier cet état de choses en présentant un projet de loi qui réglemente le salaire des professeurs d'Université.

Ce projet de loi supprime les honoraires d'étudiants à professeur et attribue le payement des professeurs directement au gouvernement. Les étudiants n'en payeront pas moins, mais ils payeront au gouvernement et non au professeur. C'est le système français.

Ce changement profitera à certains professeurs, ceux qui enseignent des matières abstraites ou théoriques et qui n'ont qu'un maigre auditoire. Mais d'autres, et en particulier les professeurs de clinique, qui ont parfois jusqu'à 300 et 400 élèves, vont voir leurs revenus singulièrement diminués.

Il est à craindre que ces professeurs n'hésitent plus à répondre aux appels des Universités allemandes, et d'autre part que les professeurs allemands refusent désormais d'accepter une chaire dans une Université autrichienne.

La nouvelle loi pourrait être fatale à la vieille renommée de l'Ecole médicale de Vienne. *(Médecine moderne.)*

Le Gérant : O. DOIN

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 52. L'UNION MÉDICALE 26 Décembre 1896.

SOMMAIRE

A NOS ABONNÉS

L'*Union médicale* touche à la fin de sa cinquante et unième année. Au cours de cette longue carrière, elle a subi des vicissitudes, changé de forme, d'éditeurs, de redacteurs en chef; elle n'a pas varié dans sa ligne de conduite, et a toujours suivi la voie droite où l'avaient engagée ses fondateurs, Amédée Latour, Richelot, Aubert Roche, où l'a maintenue pendant quarante-cinq années son premier gérant, le Dr Richelot.

Ce nom vénéré et celui de l'*Union médicale* ont semblé inséparables. Bien qu'entraîné sans cesse loin du journalisme, j'ai tenu à faire durer cette alliance; et quand il m'a fallu renoncer, faute de temps, à m'occuper directement d'impressions, de corrections d'épreuves et de nouvelles médicales, des auxiliaires dévoués et d'éminents écrivains ont mis leur talent au service d'une œuvre dont les premiers soutiens avaient peu à peu disparu.

Je donne ici un respectueux souvenir à la mémoire de Jules Rochard, qui a été l'ami de mon père et qui a voulu, après lui, servir encore l'*Union médicale*. Je remercie cordialement tous mes collaborateurs de ces dernières années; Richardière, dont le nom et les travaux honoraient nos colonnes; Eugène Rochard, à qui n'a manqué, pour être un rédacteur en chef de premier ordre, que d'avoir à diriger un journal plus jeune.

J'abuserais de leur amitié et de leur dévouement si je leur demandais de continuer plus longtemps une publication dont mes occupations m'éloignent et à laquelle je deviens tous les jours plus étranger.

L'*Union médicale* cessera de paraître à la fin de cette année. En terminant sa carrière, elle adresse un adieu reconnaissant à ses vieux abonnés, à ses lecteurs fidèles, et leur demande de garder pour les hommes qui l'ont dirigée en commun les sentiments d'estime et de bonne confraternité qu'elle avait à cœur de leur inspirer. Un journal qui finit, c'est une forme qui disparaît; mais les hommes et leurs pensées restent unis après qu'elle a disparu.

Cette union persistera surtout, si nos lecteurs veulent bien reporter sur le *Bulletin médical* les sympathies qu'ils nous ont si longtemps témoignées. Ils trouveront dans ce journal, dont la réputation n'est plus à faire et où je ne compte que des amis, l'inspiration de maîtres éminents et tout ce que les plus exigeants peuvent demander aujourd'hui au journalisme médical : leçons cliniques, travaux originaux, revues, compte rendus des principales Sociétés, étude attentive des questions d'intérêts professionnels, informations rapides, etc.

L'un des directeurs scientifiques du *Bulletin médical*, M. le professeur Lannelongue, préside avec le dévouement et l'esprit d'initiative que l'on sait l'*Association générale des médecins de France*. C'est un motif de plus pour que l'*Union médicale* qui fut, depuis les origines, l'organe officiel de cette vaste fédération confraternelle, invite ses abonnés à donner au *Bulletin médical* le concours bienveillant que nous avons toujours trouvé chez eux et qui reste un de nos plus précieux souvenirs.

L.-Gustave Richelot.

Paris, le 27 novembre 1896.

Monsieur et cher confrère,

Nous nous ferons un plaisir de vous adresser, jusqu'en janvier prochain, le *Bulletin médical*, afin que vous puissiez juger s'il mérite l'appréciation très flatteuse et très honorable pour nous, exprimée dans la lettre incluse de M. le Dr Richelot.

Si votre jugement nous est favorable, nous espérons vous compter en 1897 parmi nos abonnés. Vous retrouverez au *Bulletin* non seulement les traditions qui ont fait pendant plus d'un demi-siècle l'honneur et la renommée de l'*Union médicale*, mais encore ses trois principaux rédacteurs actuels, MM. Richelot, Richardière et Rochard, qui étaient déjà pour nous des amis, et qui veulent bien devenir des collaborateurs.

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Rédaction du *Bulletin médical*.

Paris, le 27 novembre 1896.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1896

M. CALOT (Berck) fait une communication *sur les moyens de corriger la bosse du mal de Pott, et sur les moyens de la prévenir.*

On a essayé, dit-il, à diverses époques de l'histoire de la médecine de corriger cette lamentable difformité; l'on n'est arrivé à rien, et je crois, après l'avoir mise à l'essai quatre fois, que la méthode presque exclusivement préventive récemment préconisée par l'Américain, Hadra et notre collègue Chipault, qui ligaturent les apophyses épineuses des vertèbres malades, n'aura pas un sort plus heureux que les tentatives plus anciennes.

J'ai été amené à croire qu'il était aussi légitime de vouloir corriger une bosse du mal de Pott qu'une déviation du genou, non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire et aussi urgent.

La bosse s'étant produite par l'inflexion de la colonne vertébrale et son affaissement, pour effacer la bosse il faut faire décrire à la colonne vertébrale un chemin inverse et la relever; trente-sept fois j'ai pratiqué cette opération.

L'enfant chloroformé est placé sur le ventre, deux aides tirent sur les deux extrémités du tronc et les reportent en arrière tandis que je presse de toutes mes forces avec mes deux mains appliquées directement sur la bosse. Des craquements se produisent, témoignant du désengrènement des segments rachidiens et du glissement des vertèbres les unes sur les autres; et après quelques instants (une ou deux minutes) la bosse disparaît et rentre même au-dessous des parties voisines.

Arriver à ce résultat n'est rien, ou presque rien; ce qui est difficile et pourtant capital, c'est de maintenir intégralement la correction ou l'hypercorrection produite. Je n'ai pu maintenir la correction en totalité qu'en appliquant immédiatement sous le chloroforme un grand appareil plâtré circulaire allant de la tête (inclusivement) à la ceinture pelvienne (inclusivement). L'on peut affirmer que c'est dans la bonne construction de ce grand appareil que se trouve le secret du succès.

Généralement je fais précéder ces manœuvres de correction de l'ablation des bourrelets cutanés qui recouvrent souvent la bosse et même de l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ce qui me permet de faire une compression plus forte et plus précise et me met presque sûrement à l'abri des eschares.

Le premier appareil reste en place de trois à quatre mois, puis est remplacé par un deuxième qui a la même durée, et quelquefois par un troisième. La réparation ou la consolidation sont dès lors complètes. L'enfant est autorisé à marcher avec un corset du cinquième au neuvième mois qui suivent l'intervention.

Par ces manœuvres, pour lesquelles je déploie sans crainte tout ce que j'ai de forces, j'ai eu raison même de bosses très anciennes et très volumineuses; j'en ai mis un spécimen sous vos yeux. Si le résultat laisse quelque chose à désirer, ou si les deux segments de la colonne vertébrale sont déjà soudés solidement l'un à l'autre, je fais une résection cunéiforme du rachis, à base répondant à la gibbosité et à sommet répondant aux corps vertébraux; je résèque également les côtes correspondantes, puis, avec un ciseau à froid très tranchant et très étroit, que je pousse avec les deux mains, je vais sectionner devant la moelle épinière la colonne des corps vertébraux au niveau de leur soudure osseuse. Les deux segments du rachis mobilisés pourront pivoter l'un sur l'autre par leur surface de section jusqu'à ce que les deux lèvres de la brèche pratiquée en arrière viennent au contact. Immédiatement j'immobilise les deux segments dans le grand appareil plâtré déjà décrit. Lorsque le malade se réveille, tout déplacement est impossible.

Mes opérés étaient âgés de deux à vingt ans; leur bosse était vieille de trois mois à huit ans. Le volume des bosses variait depuis les toutes petites saillies jusqu'aux plus grosses.

Voici mes résultats. Je n'ai pas eu un seul décès, non pas seulement à la suite de l'opération, mais encore à la suite d'aucune maladie intercurrente. Aucun de mes opérés n'a eu de paralysie. Il en est un à la vérité qui a présenté pendant dix jours des phénomènes de parésie, mais j'ai pu les faire cesser en appliquant un appareil un peu plus fort que le premier. Chez deux d'entre eux sont apparus après quatre et cinq mois des abcès que j'ai traités par les moyens ordinaires. Par contre, chez trois enfants opérés avec et malgré des abcès, ceux-ci se sont résorbés spontanément. En un mot, les suites opératoires ont été d'une bénignité absolue. J'ai dit que j'opérais les enfants malgré leurs abcès. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'opérer un enfant paralysé et encore la paralysie n'était pas absolument complète; il n'est opéré que depuis un mois et sa paralysie paraît avoir cédé. Il n'est du reste pas déraisonnable de penser que l'on puisse améliorer, sinon guérir, bon nombre de paralysies pottiques par ces simples manœuvres externes de correction.

Pour les bosses de grosseur moyenne datant de quatre à huit mois, les malades ne conservent presque jamais la trace même minime de leur infirmité; pour les très grosses et très anciennes bosses de cinq, six, huit ans, l'on a des résultats souvent presque complets, toujours surprenants, et il sera, je crois, rarement indispensable de faire même pour ces très anciens, la résection cunéiforme du rachis. Mais il faut savoir que pour ces cas très invétérés la question est complexe; l'on devra compter en effet avec les courbures de compensation et les déformations secondaires, et c'est pour cette raison qu'il faudra, dans tous les cas, commencer par soumettre aux manœuvres orthopédiques les sujets porteurs de vieilles bosses. Ce n'est que cinq à six mois après cette intervention, lorsque la nature aura terminé tout le travail de réparation dont elle est capable, que l'on devra procéder à la résection cunéiforme du rachis, si le besoin se fait encore sentir à ce moment d'obtenir une correction supplémentaire.

Tous les maux de Pott commençants pourront être guéris désormais sans déformation si l'on procède, sans retard, au redressement de la colonne vertébrale infléchie.

C'est bien là véritablement le traitement idéal, puisqu'il fait la décompression des segments rachidiens — sur laquelle insiste avec tant de raison le professeur Lannelongue — en même temps que leur immobilisation absolue.

De plus, c'est le traitement le plus court : cinq à dix mois au lieu de deux ou trois ans. C'est le plus commode pour les parents et le médecin; il est très bien supporté par les enfants, il est aussi celui qui sauvegarde le mieux la santé générale. Enfin, il met au moins dans une très grande mesure à l'abri de la paralysie, puisque sur trente-sept enfants opérés, pas un seul n'a présenté des phénomènes de paralysie, tandis qu'avec les anciennes méthodes, c'est une fois sur quatre ou cinq que l'on observait cette grosse complication.

ÉCHOS & NOUVELLES

Un chirurgien censuré — L'Académie de médecine de Columbus (Ohio) a dernierement infligé un blâme a un de ses membres pour avoir autorisé dans un journal quotidien la publication d'une opération pratiquée par lui. La publication était accompagnée du portrait de l'opérateur.

Les griefs relevés contre le chirurgien sont au nombre de trois :

1° Il a permis à un profane d'assister à l'opération et à la leçon faite à ce sujet ;

2° Il a revisé le manuscrit de l'article publié ;

3° Il n'a pas empeché la publication de cet article apres en avoir pris connaissance. (*Médecine moderne.*)

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME II — 1896

A

B

C

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.